

Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005

Utvikling i psykisk helse

Rune Johansen
Marit Rognerud
Jon Martin Sundet

Rapport 2008:4
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Tittel:

Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005
Utvikling i psykisk helse

Forfattere

Rune Johansen,
Marit Rognerud
Jon Martin Sundet

Publisert av :

Nasjonalt folkehelseinstitutt
Postboks 4404 Nydalen
NO-0403
Norway

Tel: 21 07 70 00

E-mail: folkehelseinstituttet@fhi.no
www.fhi.no

Design:

Per Kristian Svendsen

Layout:

Grete Søimer

Forsideillustrasjon:

Digitalvision – mind, body and spirit

Foto:

Side 10: Rune Johansen

Side 21 og 27: www.colourbox.no

Trykk:

Nordberg Trykk AS

Opplag:

500

Bestilling:

publikasjon@fhi.no

Fax: +47-21 07 81 05

Tel: +47-21 07 82 00

ISSN:1503-1403

ISBN: 978-82-8082-263-5 trykt utgave

ISBN: 978-82-8082-264-2 elektronisk utgave

Forord

Sommeren 2007 utga Nasjonalt folkehelseinstitutt et notat med overvåkingstall om psykisk helse, og faktorer av betydning for denne, basert på data fra Statistisk sentralbyrå (SSB) sine levekårsundersøkelser i 1998, 2002 og 2005. Denne rapporten var av ren deskriptiv karakter og viste regionale og gruppevise forskjeller i 2005, i tillegg til å beskrive utviklingen i psykisk helse fra 1998 til 2002 og 2005. Psykisk helse ble målt som selvrapporterte symptomer og plager som først og fremst er vanlige ved depresjon og angst. Våre beregninger viste da en signifikant nedgang i graden av slike plager fra 1998 til 2005. Om dette virkelig var uttrykk for en bedret psykisk helse i befolkningen generelt, følte vi oss imidlertid svært usikre på.

Sosial- og helsedirektoratet ga oss derfor i oppdrag å gjøre mer omfattende analyser for å kunne svare på om:

1. Den observerte reduksjonen i psykiske plager, målt ved HSCL-25, i helse- og levekårsundersøkelsene var et uttrykk for en reell bedret psykisk helse i den norske befolkningen

– og dersom dette var tilfelle, redegjøre for om:

2. Endringene fordelte seg likt på ulike undergrupper og hvilke faktorer som kunne forklare disse endringene.

Vi har strukturert denne utredningen etter følgende hovedpunkter for forsøksvis å kunne svare på disse spørsmålene.

1. **En gjennomgang av litteraturen.** Funn fra enkeltstudier og overvåkingsdata fra andre land.
2. En vurdering av **befolkningsrepresentativitet av datamaterialet** i hhv 1998, 2002 og 2005.
3. **Analyser og statistikk**
 - Deskriptiv statistikk over utvikling i befolkningens psykiske helse og faktorer som kan virke inn på denne.
 - Deskriptiv statistikk over utvikling hos ulike undergrupper.
 - Regresjonsanalyser for å studere sammenhenger og mulige forklaringer

Rapporten har blitt til som et resultat av et samarbeid mellom de tre forfatterne. Rune Johansen har stått for alle datakoblingene, analysene og resultatene, en del av metodekapittelet og appendix. Marit Rognerud har bidratt med forordet, innledningen, noe av metodekapittelet, en del av diskusjonen og sammendraget. Jon Martin Sundet har skrevet mesteparten av diskusjonen og han har dessuten vært en viktig metodeveileder og kvalitetskontrollør underveis. I tillegg til de tre som står som forfattere, vil vi takke Arnstein Mykletun, Odd Steffen Dalgard og Jocelyne Clench Aas som har kommet med hvert sitt bidrag til referanser i litteraturgjennomgangen og Leif Edvard Aarø som har vært ekstern vurderer.

Innhold

Forord	3
Sammendrag	6
Innledning	11
Hvordan måle helse	11
Tidstrender i psykisk helse. Litteraturgjennomgang.	11
Faktorer av betydning for psykisk helse: arv, miljø og behandling	12
Materiale og metode	13
Populasjon og utvalg	13
Beskrivelse av variabler	13
Avhengig variabel	13
Uavhengige variabler	14
Andre risiko- og beskyttende faktorer	14
Statistiske analyser	15
Resultater	16
Deskriptiv statistikk av variabler	16
Stratifiserte tidstrender	17
Sosiodemografiske faktorer og HSCL-25>1,75	17
Andre risiko og beskyttende faktorer og HSCL-25>1,75	19
Bruk av helsetjenester og HSCL-25>1,75	22
Regresjoner (endring: Regresjonsanalyser)	24
Korrelasjoner	24
Bivariate analyser	26
Multivariate analyser	28
Diskusjon	30
Er funnene plausible?	30
Omfang av funnene	30
Mulige feilkilder: Måleinstrumenter og frafall av respondenter	31
Prevalenstill	31
Forandringer av prevalenser over tid	32
Forskjeller mellom grupper og forandringer innen undergrupper	32
Skjevheter i utvalget som kan påvirke tidstrenden	32
Andre potensielt viktige faktorer som vi ikke har målt	33
Konklusjon	34
Referanser	35
Appendiks	37
Bruk av helsetjenester og bosted	37
Er materialet representativt for befolkningen?	38

Bakgrunn

Det er knyttet stor interesse til å måle utvikling i befolkningens psykiske helse, og hvilke faktorer som har hatt innvirkning på eventuelle endringer, som ledd i å evaluere myndighetenes opptrappingsplan for psykisk helse. Betydelig grad av selvrapporterte psykiske plager ("psychological distress") er mye brukt som mål på psykisk sykkelighet både nasjonalt og internasjonalt, og slike plager ser ut til å medføre like stor hjelpsøking i helsetjenesten som om man bruker psykiatriske diagnoser som mål på psykisk helse. Sammenlignet med de med mindre slike plager har de med betydelige psykiske plager henholdsvis 7,5 ganger overhyppighet på bruk av helsetjenester (hhv 5,6 og 42,7 prosent) og 4,6 ganger overhyppighet for å ha vært sykemeldt eller trygdet (hhv 9,7 og 42,5 prosent) siste året på grunn av psykiske helseproblemer.

Materiale

Datamaterialet er hentet fra Statistisk sentralbyrås (SSB) levekårsundersøkelser i 1998, 2002 og 2005. I hver av disse undersøkelsene ble det trukket et befolkningsrepresentativt utvalg på 10000 individer over 15 år. Datasettet som ble analysert består av 16196 individer i aldersgruppen 25-64 år, hvorav 8172 er menn og 8024 er kvinner. Undersøkelsene har hatt en intervjudel og et postalt tillegg. Spørsmålene om psykiske plager, målt ved hjelp av Hopkins Symptoms Check-List med 25 spørsmål, ligger i det postale tillegget. Svarprosentene i intervjudelen har holdt seg stabil på ca 70%, mens svarprosenten i det postale tillegget har falt fra 70% i 1998 til 64% i 2002, og videre til 57% i 2005 (50% i regresjonsanalysene der vi tar inn variabler som bare ligger i intervjudelen av undersøkelsen). Dette reiser spørsmålet om funnene fra datamaterialet kan generaliseres til befolkningen.

Resultater

Det er en tydelig nedadgående trend i andel med betydelige psykiske plager, målt som HSCL-25 $>$ 1,75, fra 10,5 % i 1998 til 9,7 % i 2002 til 8,7 % i 2005. Nivået i 2005 er signifikant lavere enn i 1998. Det er også verd å merke seg at gjennomsnittlig HSCL-skåre har sunket jevnt fra 1998 til 2002 og 2005, mens median skåren har holdt seg stabil fra 2002 til 2005.

Av faktorer som kan virke inn på den psykiske helsen ser vi at gjennomsnittsalderen i materialet har økt svakt, forholdet mellom antall høyt og lavt utdannede har økt merkbart, mens andelen enslige har økt noe. Andelen utenfor jobb har endret seg noe, men viser ingen klar trend, andelen kronisk syke har økt noe, mens andelen funksjonshemmede har vært omtrent uendret. Andelen som trimmer regelmessig (minst en gang i uka) har økt relativt mye. Når det gjelder bruk av helsetjenester, har antall legebesøk per innbygger per år økt klart, til tross for at andelen som går til lege i løpet av et år var lavere i 2005 (69%) enn i 1998 og 2002 (ca 75%). Totalforbruket av psykologtjenester har økt noe, men økningen er ikke signifikant. Andelen som hadde gått til psykolog i løpet av det siste året økte noe fra 2002 (3,2%) til 2005 (3,6%).

Kvinner, de med høy alder, arbeidsløshet samt de som har høyere forbruk av lege og psykologtjenester har signifikant forhøyet HSCL-25-skåre. Skåren på HSCL-25 er derimot negativt korrelert med undersøkelsestidspunkt, det å være i parforhold, regelmessig trim og høy mestringsevne.

Det er sterke positive sammenhenger mellom bruk av legetjenester og psykologtjenester og kvinner bruker mer av begge disse tjenestene enn menn. Når det gjelder alder og utdanning, ser vi en ulik retning på sammenhengen mellom bruk av hhv lege og psykologtjenester: lavt utdannede og eldste aldersgruppe (45-64) ser ut til å bruke mer legetjenester, mens høyt utdannede og yngste aldersgruppe (25-44) går mer til psykolog.

Det totale bidraget til endring i HSCL-skåre innen undergrupper og proporsjoner av undergrupper over tid er undersøkt ved regresjonsanalyser. Analysene viser at forandringene fra 1998 til 2005 i større eller mindre grad påvirkes av de fleste av de variablene som er inkludert i analysene, men bare to variabler "slår ut tidstrenden" i den forstand at odds ratioene for undersøkelsesår blir ikke-signifikante når disse variablene legges inn i analysen; nemlig mosjonsvaner og fattigdom. Når det gjelder mosjonsvaner, er dette en kombinert effekt av endringer i andelen med psykiske plager mellom de som trimmer og de som ikke trimmer, samt at andelen som trimmer har økt vesentlig.

Vurderinger av funnene

Prevalenstallene

Prosentandelen menn er noe varierende over de tre undersøkelsesårene, men totalt sett synes andelen menn å være litt lav i forhold til andelen i befolkningen, noe som vil bidra til en overestimering av andelen med psykiske plager. Dette fordi menn rapporterer noe mindre psykiske plager enn kvinner. Tallene i datamaterialet kan tyde på at det er en overrepresentasjon av høyt utdannede i datamaterialet relativt til tallene i SSB sine statistikker. Høyt utdannede har færre psykiske plager enn de med middels eller lav utdanning, og dette bidrar til en underestimering av prevalensen av psykiske plager blant de som har deltatt i undersøkelsene i forhold til befolkningen. Andelen sysselsatte er høyere i utvalget enn befolkningen, og sysselsatte har klart færre psykiske plager enn de ikke sysselsatte. Overrepresentasjonen av sysselsatte i utvalget vil dermed også bidra til underestimering av andelen med psykiske plager i materialet sammenlignet med befolkningen. Andelen innlagt på sykehus for psykiatriske lidelser er også noe lavere i utvalget enn i befolkningen. Dette peker i samme retning, nemlig at prevalens av psykiske plager og lidelser er lavere i materialet enn i befolkningen. Innvandrere fra ikke-vestlige land er også klart underrepresentert i utvalget og dette er også en gruppe med kjent oversykelighet. Vi kan derfor slå fast at når det kontrolleres for kjønn, for eksempel ved at en beregner separate prevalenstall for menn og kvinner, underestimeres andelen av befolkningen som har psykiske plager.

Sammendrag

Endringer i prevalensall over tid

Litteraturgjennomgangen tilsier at psykiske plager og lettere og moderate grader av angst og depresjon godt kan variere i en og samme populasjon over tid, og det er ikke utenkelig at økonomiske oppgangstider og mer mosjon jevnt over har ført til mer optimisme og overskudd og færre psykiske plager i Norge i det aktuelle tidsrom. Hvis disse tallene er representative for befolkningen i aldersgruppen 25-64 år, er dette en reduksjon som innebærer en nedgang i antall mennesker med betydelige psykiske plager på nærmere 50 000 i den aktuelle aldersgruppen. Dette burde antagelig ha fått merkbare ringvirkninger i form av redusert hjelpesøking i helsetjenesten og mindre sykemeldinger og trygdeytelser, men dette står i så fall i motsetning til hva offisielle statistikker viser. Det er allment kjent at det ofte er en høyere andel psykisk syke i frafallet enn blant deltagerne i slike befolkningsundersøkelser. Når frafallet i undersøkelsen har økt såpass mye over tid, er det naturlig å mistenke at endringene vi måler i datamaterialet kan skyldes et økende selektivt frafall av folk med mye psykiske plager selv om vår innledende frafallsanalyse har vist at skjevheten i materialet har vært noenlunde stabil over tid, skjønt andelen høyt utdannede har økt noe.

Forskjellene i utviklingen av gjennomsnittsskåre (mean) og median-skåre fra 2002 til 2005 skyldes at nedgangen i HSCL-25 skåre i alt overveiende grad har skjedd i gruppen med skåre over medianverdi. Dette kan tyde på økt selektivt frafall av individer med mye psykiske plager fra 2002 til 2005. Andelen høyt utdannede i utvalget økte fra 28 % i 1998 til 36 % i 2002, mens SSBs tall viser en økning fra 27 % til 29 %. Økningen fra 2002 til 2005 er omtrent den samme i utvalget som i befolkningen. Det er mulig at ulikheter i utvikling av utdanningsfordelingen kan forklare noe av nedgangen i andelen med betydelige psykiske plager fra 1998 til 2002. Ellers samsvarer endringene i andelen av menn og kvinner godt med befolkningen generelt. Sysselsatte er overrepresenterte i utvalget, men ettersom forandringene er omtrent de samme i utvalget som i befolkningen, skulle ikke dette føre til et feilaktig bilde av tidstrenden.

Konklusjon

De generelle prevalenstallene for psykiske plager (HSCL-skåre > 1.75) som er observert i materialet er sannsynligvis for lave. Det er også grunn til å mane til forsiktighet med å godta at forandringene i andelene med høy HSCL-skåre utelukkende representerer en reell forandring i befolkningen. Det er fullt mulig at en del av, eller til og med hele, forandringen skyldes et økende selektivt frafall over tid. Dersom det er en reell bedring i befolkningens mentale helse, ser det ut til at økt fysisk aktivitet og bedret økonomi har bidratt mest til dette.

For å kunne trekke sikre konklusjoner om utviklingen i befolkningens psykiske helse, trenger vi regelmessige befolkningsrepresentative helseundersøkelser med høy svarprosent. Slik som utviklingen i svarprosenten har vært for den postale delen av helseundersøkelsene, er dataene ikke lenger egnet til å framskaffe sikre prevalenstall og gi pålitelig informasjon om trender i befolkningen over tid. Hvis regjeringen nå skal legge større vekt på å utvikle et bedre helseovervåkingssystem med mål og indikatorer som skal gjøre det mulig å følge med på utviklingen i sektoren (i hht St. prp. Nr 1, 2007-2008), må helsemyndighetene få på plass helseundersøkelser i egen regi, der man legger inn mer ressurser i å innhente gode befolkningsrepresentative data på områder myndighetene trenger informasjon om for å kunne evaluere sin helsepolitikk.



Hvordan måle helse?

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer helse som "a state of complete physical, mental and social well-being, not merely the absence of disease". Folkehelseinstituttet, Divisjon for psykisk helse, følger utviklingen i befolkningens psykiske helse ved å kartlegge forekomsten av tilfredshet med livet eller "lykke", selvrapporterte psykiske plager (symptombelastning uavhengig av diagnose), og selvmord, samt kjente risikofaktorer for psykiske helseproblemer. Vi mangler per dags dato befolkningsrepresentative datakilder som gjør oss i stand til å rapportere pålitelige data angående psykiske lidelser.

Psykiske plager og lidelser er i dag blant våre største folkehelseproblemer. Det er vanlig å skille mellom psykiske plager og psykiske sykdommer eller lidelser. Det postale spørreskjemaet i Levekårsundersøkelsene 1998, 2002 og 2005 inneholder spørsmål som måler egen opplevelse av psykiske plager. Det viser seg at mellom 50 og 60% av de som rapporterer betydelige plager får en eller flere psykiatriske diagnoser ved et klinisk intervju (Sandanger m. fl 1998, 1999). Selvrapporterte psykiske plager predikerer søking av hjelp i behandlingsapparatet like godt som psykiatriske diagnoser (Sandanger m.fl 1998. Kessler m fl 2005). Betydelige psykiske plager brukes derfor som en indikator for behandlingsbehov av EUs helseindikatorprosjekt for mental helse (European Communities, 2004). Svenske oppfølgingsstudier har vist at betydelige psykiske plager også gir økt risiko for selvmord med en relativ risiko i løpet av en 10 års periode på 18 for menn og 4 for kvinner (Socialstyrelsen, 2005).

Mens de psykiske plagene kan være vanskelig å avgrense, lar de psykiske sykdommene eller lidelsene seg dele inn etter diagnostiske systemer som ICD-10 og DSM-IV. I løpet av livet får om lag hver sjettede av oss en depresjon eller en angstlidelse og hver tiende får alkoholproblemer, mens forekomsten av psykiske lidelser som schizofreni, bipolar lidelse eller den alvorligste spiseforstyrrelsen - anorexia nervosa, bare er på vel en prosent for hver av disse sykdommene (Kringlen m. fl, 2001). Forekomsten varierer imidlertid noe fra land til land og mellom regioner innen samme

land (Torrey EF, 1987. Lehtinen m fl, 1990. Hovatta m fl 1997).

Ifølge WHO utgjør depresjon alene 44 % av den samlede økonomiske sykdomsbyrden av psykiske lidelser. Depresjon forekommer i alle aldersgrupper. I vestlige samfunn forekommer depresjon hyppigere blant kvinner enn blant menn, i mange undersøkelser ca. 50 % hyppigere (European Communities, 2004). Depresjon er også en selvstendig risikofaktor for dødelighet på tvers av dødsårsaker (Mykletun m fl 2007). Depresjon har også betydning for hvordan ulike fysiske helsetilstander påvirker funksjonsnivå. En stadig større andel av de innvilgede uføretrygdene og det langvarige sykemeldingsfraværet kan tilbakeføres til psykiske lidelser (Gesdal 2005. Olsen H, 2005). Psykiske lidelser er i dag kanskje den viktigste enkeltårsak til at folk faller ut av arbeidslivet. Til sammen er hver tredje uføretrygd og langtidssykemelding innvilget på grunnlag av en psykisk lidelse. Blant arbeidstakere under 45 år er psykisk sykdom den hyppigste årsaken til uføretrygd (Olsen H, 2005).

Tidstrender i psykisk helse. Litteraturgjennomgang.

En norsk studie fra Oslo og Lofoten har undersøkt om det var noen endringer i hyppigheten av depresjon blant voksne mellom 1990 og 2001. Forfatterne konkluderte med at det totalt sett ikke var noen økning i forekomst av depresjon i denne perioden, verken når det gjaldt diagnoser eller depressive symptomer (Sandanger m fl 2006). Derimot var det en forskyvning mellom kvinner og menn ved at hyppigheten av depresjon blant kvinner hadde gått ned mens den hadde økt hos menn.

En studie over 40 år fra Canada (Murphy m fl 2000) fant stabil forekomst av depresjon over hele denne perioden. En stor studie fra USA viste en økning i depresjon fra 3,3 % til 7 % fra 1991-92 til 2001-02 målt ved hjelp av kliniske intervjuer (Compton m. fl 2006). En annen stor amerikansk undersøkelse av prevalens og behandling av psykiske lidelser over omtrent samme tidsperiode (National Comorbidity Survey, Kessler m fl,

2005) tydet ikke på at det hadde vært noen vesentlig endring i forekomst av psykiske lidelser i USA fra 1990 til 2003, men at det har funnet sted en betydelig økning i behandling, særlig i allmennpraksis, og som regel ved bruk av moderne psykofarmaka, spesielt antidepressiva som SSRI. Økningen i foreskrivning av medikamenter hadde i all hovedsak gått til pasienter som ikke tilfredstilte diagnostiske kriterier, mens like mange med psykiske lidelser stadig ikke mottok behandling. Vi har ikke tilsvarende tall for Norge fordi vi utelukkende har målt psykiske plager i våre landsomfattende helseundersøkelser. Det er imidlertid foretatt en replikasjon av den første delen av NCS i Oslo (Kringlen m fl, 2001), og man fant da slående like prevalenstall som de i USA på tvers av alle psykiske lidelser, bortsett fra rus- og avhengighetsproblemer, som var sjeldnere i Oslo enn i USA.

Lundby-studien i Sverige beskriver endringer i forekomst av ikke-psykotiske psykiske lidelser, inkludert angst og depresjon i et 50 års perspektiv. Fra 1947 til 1972 var det en markert økning i depresjon, mens en ikke fant noen økning i perioden 1972 til 1997. Milde og moderate depresjoner hadde imidlertid økt i denne perioden (Nilsson m fl, 2007). I den svenske folkehelse rapporten i 2005 (Socialstyrelsen, 2005) hevdes det at de alvorligste psykiske sykdommene ikke har endret seg nevneverdig i befolkningen over tid, mens man siden begynnelsen på 1990-tallet i Sverige har sett en omfattende økning i psykiske plager. På 1980-tallet, derimot, var det en nedgang i psykiske plager i Sverige.

Faktorer av betydning for psykisk helse: arv, miljø og behandling

Psykiske plager og lidelser er en gruppe ulike tilstander med til dels ukjente årsaker. Vi vet imidlertid at det dreier seg om et komplisert samspill mellom en rekke faktorer som inkluderer genetisk sårbarhet, oppvekstforhold, livshendelser og sosiale faktorer som sosialt nettverk og fattigdom. Arbeidsledighet, stor sosial ulikhet, diskriminering og sosial oppløsning av lokalsamfunn påvirker den psykiske helsen negativt (European Communities, 2004). Felles for disse faktorene er at de leder til utstøting av grupper med lav sosial status. De gir manglende følelse av tilhørighet, lav selvfølelse og opplevelse av liten kontroll over eget liv. Det gjør det også vanskelig å takle belastninger, særlig hvis de individuelle evnene til å mestre livet i utgangspunktet er svake.

Sosial støtte fra familie, venner og arbeidskolleger kan beskytte mot utvikling av psykiske plager (Dalgard m.fl 1995, Korkeila m. fl. 2003). Tilsvarende kan den

psykiske helsen trues av sosial isolasjon, manglende sosial deltagelse, manglende sosial støtte, dårlig fungerende familieliv, overgrep og vold. Alvorlige økonomiske problemer og samlivsbrudd er vanlige årsaker til psykisk stress. Det er også nær sammenheng mellom kroniske fysiske sykdommer og psykisk helse. Jo mer alvorlig den kroniske fysiske sykdommen er, desto høyere er sannsynligheten for at man også får psykiske problemer. Fysisk aktivitet synes også å kunne fremme psykisk overskudd og velvære og forebygge psykiske plager og lidelser (Sexton m fl 2001), og fysisk trening brukes sågar som ledd i behandlingen av depresjon (Camacho m fl 1991, Martinsen m fl, 1985, Farmer m fl, 1998). Trening ser også ut til å kunne redusere psykiske plager hos alvorlig syke kreftpasienter (Cramp m fl 2008). Dessuten kan behandlingsapparatet virke inn på befolkningens psykiske helse dersom man når ut med effektiv behandling til mange av de som trenger dette. Kapasiteten i behandlingsapparatet har økt betraktelig i hele perioden fra 1998 fram til dags dato som følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse.

Vi har bare informasjon om et fåtall av de faktorene som kan ha avgjørende betydning for nivået av psykiske plager i den norske befolkningen i dette datasettet. Opplysninger om de faktorene som ligger inne i datasettet beskrives nærmere under overskriften Uavhengige variabler i kapitlet om Materiale og metode.

Materiale og metoder

Populasjon og utvalg

Datagrunnlaget for denne rapporten er Statistisk sentralbyrås levekårsundersøkelser med tema helse for 1998, 2002 og 2005. Denne serien med undersøkelser er per dags dato den eneste regelmessige befolkningsrepresentative helseundersøkelsen der det ligger inne enkelte spørsmål om psykisk helse. Undersøkelsenes hovedformål er imidlertid overvåking av kronisk sykdom, funksjonsevne, omsorgsbehov og bruk av helsetjenester i befolkningen som er 15 år eller eldre.

Undersøkelsene i 1998, 2002 og 2005 har vært todelt. De har bestått av en intervjudel og et 4 siders postalt tillegg. Intervjudelen inneholder nesten utelukkende SSBs faste spørsmål om kronisk sykdom, funksjonshemming og hjelpebehov som de har lange tidsserier på. Spørsmålene om psykisk helse ligger i det postale tillegget. Statistisk sentralbyrå trekker fast et befolkningsrepresentativt utvalg på 5000 voksne individer over 16 år (Hovedutvalget) som deltar i undersøkelsen.

I 1998, 2002 og 2005 har helsemyndighetene finansiert et tilleggsutvalg på ytterligere 5000 individer, slik at 10 000 individer over 15 år har vært invitert til å delta i undersøkelsen i hver runde. I 2002 og 2005 har man brukt midler fra opptrappingsplanen for psykisk helse til å finansiere tilleggsutvalget på 5000 samt et postalt vedlegg som ble sendt til både hovedutvalget og tilleggsutvalget (dvs alle 10000). Fordi Opptrappingsplanen for psykisk helse har stått for en stor del av finansieringen av 2002- og 2005-undersøkelsene, har vi fått inn flere spørsmål om psykisk helse i det postale tillegget i disse undersøkelsene.

SSBs intervju-undersøkelse har hatt en stabil svarprosent på ca 70% både i 1998, 2002 og 2005 fordi SSB fortsetter å purre inntil svarprosenten er omtrent på det nevnte nivået. Når det gjelder det postale tillegget, pures det bare en gang. Svarprosenten har falt dramatisk på denne delen av undersøkelsen som omhandler psykisk helse; fra ca 70% i 1998 til 64% i 2002 og til 57% i 2005. Svarprosenten på psykisk helse-spørsmålene er derfor så lav at man ikke uten videre kan si at materialet er befolkningsrepresentativt og egnet til helseovervåkingsformål.

For å undersøke om det er sannsynlig at det økende frafallet har hatt innvirkning på prevalensen av betydelige psykiske plager, har vi sammenlignet fordelingen av variabler som vi vet er assosiert med psykisk sykkelighet i datamaterialet med befolkningsstatikken. Vi har sammenlignet utdanningsnivå, alder, kjønn, bosetning, sysselsetting, samt innleggelse på psykiatrisk sykehusavdeling (for detaljer, se appendiks).

For å studere endringer over tid har vi konsentrert oss om aldersgruppen 25-64 år, da denne aldersgruppen har hatt høyest svarprosent og vært mest stabil i alle 3 undersøkelsene. Totalt sett består utvalget fra alle 3 undersøkelsene av 16196 individer i aldersgruppen 25-64 år, hvorav 8172 er menn og 8024 kvinner.

Beskrivelse av variabler

Avhengig variabel

Psykiske plager målt ved HSCL-25

Hopkins Symptom Check-List med 25 spørsmål (HSCL-25) har vært brukt som instrument til å måle psykisk helse i Levekårsundersøkelsene i 1998, 2002 og 2005. Dette instrumentet måler psykiske symptomer og plager som er vanlige ved angst og depresjon. HSCL-25 ble også brukt i Levekårsundersøkelsene i 1989 og 1995, men dataene fra disse undersøkelsene er ikke uten videre sammenlignbare med undersøkelsene i 1998, 2002 og 2005. Dette skyldes at utvalgene i 1989 og 1995 ble trukket på en annen måte, og at man i 1989 utelukkende gjennomførte undersøkelsen i form av intervju, mens man i ettertid har lagt inn HSCL-25 og mange andre spørsmål i undersøkelsen i et postalt tilleggs skjema.

Spørsmålene er basert på at den som undersøkes angir om ulike symptomer er til stede, og i tilfelle i hvor stor grad på en skala fra en til fire (se spørreskjema i vedlegget). Man kan angi en gjennomsnittsskåre eller man kan definere en grenseverdi som indikerer psykiske plager. Hvis mengden og styrken på plagene overstiger en bestemt skåre, antar man at dette er uttrykk for en psykisk lidelse uten angivelse av noen bestemt diagnose.

Det er vanlig å anta at skåre større eller lik 1,75 indikerer betydelige psykiske plager, slik at denne verdien brukes som grenseverdi eller "cut-off". Dette utgjør omlag 10% av 2005-materialet. For nærmere diagnostisering må det foretas et klinisk intervju i tillegg. Undersøkelser har vist at om lag 50-60 prosent av de som har skåre over cut-off på spørreskjemaet får en eller flere psykiatriske diagnoser ved et klinisk intervju (Sandanger m. fl 1998 og 1999). I denne rapporten har vi hovedsakelig brukt HSCL-25 som en dikotom variabel. Det vil si at vi har konstruert en diskret (kategorisk) variabel der de som har skåre lavere enn 1,75 har fått verdien 0 (null), mens de som har skåre på 1,75 eller høyere har fått verdien 1.

Uavhengige variabler

Undersøkelsesår

Hovedmotivet med denne undersøkelsen er å følge eventuelle endringer i psykisk helse over tid, og forhold som kan virke inn på tidstrenden i psykisk helse. Undersøkelsesåret er derfor en sentral (uavhengig) variabel i undersøkelsen, med de tre mulige verdiene 1998, 2002 og 2005.

Sosiodemografiske og geografiske forhold

Her har vi tatt hensyn til forhold som er assosiert med ulike nivåer av psykiske plager. For alle undersøkelsesårene er det opplysninger om alder, kjønn, utdanning, bosted, sivil status, samt opplysninger om arbeid og skole.

Bosted

Bosted analyseres primært mot bruk av helsetjenester (se eget vedlegg). Vi undersøker forskjeller mellom by og land, mellom storbyene og mellom helseregioner. Vi har splittet opp materialet i følgende kategorier: landsbygd (under 2000 innbyggere), småby (mellom 2000 og 100000 innbyggere), og storby (over 100000 innbyggere). Vi brutt materialet ned på fem helseregioner; øst, sør, vest, midt og nord, og på fire storbyer; Oslo, Stavanger, Bergen og Trondheim.

Utdanning

Intervjuobjektets utdanningsnivå er basert på SSBs inndeling av utdanning i åtte nivåer, kodet om på standard måte til tre nivåer i lav, middels og høy utdanning, der lav utdanning er definert som opp til og med ungdomsskolenivå, middels utdanning er til og med nivå 1 på universitet eller høyskole – uten noen fullført grad, mens høy utdanning er definert som fullført grad (bachelor/master eller tilsvarende) ved universitet/høyskole, eller forskerutdanning (doktorgrad). Det ser ut til at det har forekommet en feilklassifisering i 1998, og vi har derfor omdefinert utdannel-

seskategoriene noe, men fortsatt inndelt i tre nivåer (se appendiks for detaljer).

Jobb

Vi har også tatt med det å være uten inntektsgivende arbeid og uten skole-/studieplass som en mulig risikofaktor for psykiske plager og lidelser. Statistisk sentralbyrå har foretatt en omkodning av ulike spørsmål angående sysselsetting og laget en inndeling i to grupper: De som vanligvis er og de som vanligvis ikke er sysselsatt i inntektsgivende arbeid. Tilsvarende har man en variabel for de som går på skole eller ikke. Siden vi i hovedsak studerer aldersgruppen 25-64 år, er det av naturlige årsaker få som går på skole, og vi har derfor utelatt denne variabelen i de videre analyser.

Par eller samboerstatus

Vi har benyttet spørsmålet: Er du *gift/registrert partner* (svaralternativ 1), *samboende* (svaralternativ 2) eller *lever du for tiden ikke i noe fast parforhold?* (svaralternativ 3). Vi har for enkelhets skyld slått samboende og gifte sammen, da disse gruppene viser seg å være svært like. Dette gir en enklere dikotom variabel.

Andre risiko- og beskyttende faktorer

Kronisk sykdom og funksjonshemming

Det ligger inne et spørsmål om man har noen sykdom eller lidelse, medfødt sykdom eller virkning av skade av mer varig natur i alle tre undersøkelsesårene. Med varig natur menes sykdom eller lidelse som har vart minst 6 måneder eller som man regner med vil bli varig. Svaralternativene er ja eller nei.

Sosial støtte

Denne variabelen har blitt endret underveis. Tallene er derfor ikke sammenlignbare, og vi har valgt å utelate også denne variabelen fra analysene.

Mestring – opplevelse av kontroll

I 2002 og 2005-undersøkelsen ligger EUs og WHO's anbefalte mål for mestring / opplevelse av kontroll inne i det postale skjemaet (Perlin et al., 1981, Korkeila et al., 2007). Målet inneholder fem utsagn om erfaringer med å kontrollere og mestre ting i livet: 1) Jeg har liten kontroll over det som hender meg, 2) Noen av mine problemer er det ikke mulig for meg å løse, 3) Det er ikke mye jeg kan gjøre for å forandre på viktige ting i livet mitt, 4) Jeg føler ofte at jeg er hjelpeløs når det gjelder å takle livets problemer, og 5) Av og til føler jeg meg som en brikke i livets spill. Svaralternativene er rangert fra 1 (lav) til 5 (høy grad av mestring). Skårene ble omkodet til 0 til 20 (0 (lav) til 4 (høy mestring) og

med en cut-off på 12, i overensstemmelse med internasjonal bruk (Korkeila et al., 2007).

Inntekt og økonomiske problemer

Inntektstallene er ikke uten videre sammenlignbare for 1998, 2002 og 2005 selv om det er inntektsmål på individnivå for alle tre undersøkelsene. Inntektstallene for 2002 er gruppert i kategorier, etter hvor stor inntekt man har, men for 1998 og 2005 har man et kontinuerlig inntektsmål. Disse kunne man naturligvis gruppert på samme måte som i 2002-dataene, men dette ville delvis krevd indeksregulering. I stedet har vi har vi rekonstruert inntekten for 2002 ved å anta at de som tilhører en gitt kategori har (netto) inntekt lik midtpunktet i den aktuelle kategorien. Dette er naturligvis en upresis metode, og dette må tas i betraktning når man vurderer resultater fra undersøkelsene, men erfaring viser at en slik forenklet variabel oppfører seg relativt "stabil", særlig når vi regner ut den justerte husholdningsinntekten, det vil si at vi dividerer husholdningens totale inntekt etter skatt på kvadratroten av antall personer i husholdningen.

Justert husholdningsinntekt regnes dessuten som et bedre mål på økonomiske levekår (Strøm m fl, Mackenbach) enn personlig inntekt. I forbindelse med analyser har vi for enkelhets skyld dikotomisert den justerte husholdningsinntekten, og som cut-off har vi benyttet den vanlige definisjonen av hva det vil si å være fattig, nemlig at inntekten er under 50% av medianinntekten. I henhold til data var medianen av den justerte husholdningsinntekten henholdsvis ca. 190000, 225000 og 250000 for de tre årene 1998, 2002 og 2005.

I tillegg til å bruke inntekt som mål, har vi også brukt spørsmålet som ligger inne i det postale skjemaet både for 2002 og 2005; om man har hatt alvorlige økonomiske problemer i løpet av de siste 12 månedene. Spørsmålet inngår i en liste på 12 spørsmål om alvorlige livshendelser fra EUs og WHO's anbefalte spørrebatteri vedrørende helsedeterminanter for psykisk helse (Brugha m. fl 1985, Korkeila m. fl 2003).

Mosjon

Spørsmålet som ligger inne i intervjudelen av undersøkelsene både i 1998, 2002 og 2005 lyder som følgende: Mosjonerer du eller trener du vanligvis? 1. Aldri 2. Sjeldnere enn en dag i uka 3. En gang i uka eller mer. Vi laget da enn dikotom (todelt) variabel og grupperte de som svarte aldri eller sjeldnere enn en gang i uka i gruppen lite/ingen mosjon. De som svarte at de mosjonerte en gang i uka eller mer ble kategorisert som mosjonister.

Helsetjenester og behandling

Konsultasjoner hos allmennlege- og psykolog

Det postale spørreskjemaet har også spørsmål om man har vært hos lege og/eller psykolog siste 12 måneder, og eventuelt hvor mange konsultasjoner man har hatt, samt hvorvidt man har vært innlagt på sykehus siste år eller ikke. Vi har laget to kategoriske variabler der vi deler inn materialet i tre etter hvor mange besøk hos henholdsvis lege og psykolog intervjuobjektet har hatt siste 12 måneder; 0, 1-4 eller 5+.

Bruk av medikamenter

I 2002- og 2005-undersøkelsene er det stilt spørsmål om forbruk av legemidler. Variabelen "bruk av psyko-farmaka" i denne rapporten er basert på spørsmål i det postale spørreskjema: Har du brukt følgende medisiner ukentlig eller oftere: Medisiner mot angst/uro/søvn (inkluderer sovemedisin og beroligende medisiner som ofte farmakologisk er nær beslektede preparater som alle fåes på resept fra lege), og Medisiner mot depresjon. Svaralternativene for hvert spørsmål var: daglig, hver uke- men ikke daglig, sjeldnere enn hver uke, ikke brukt siste 4 uker. Vi laget en dikotom variabel der bruk av anti-depressiva ukentlig eller oftere regnes som bruk av disse medikamentene.

Statistiske analyser

Materialet er hovedsakelig analysert med statistikk-pakken SPSS, og figurer er produsert enten i SPSS eller i regnearket Excel. Analysene kan deles i to; deskriptiv statistikk og regresjonsanalyser. Vi har konstruert en rekke krystabeller og figurer som viser de grunnleggende sammenhengene mellom HSCL og de ulike variablene i utvalget som helhet, samt i utvalgte undergrupper. De viktigste figurene er tatt med i dette notatet. Stratifiseringer på ulike undergrupper er utført for å avdekke eventuelle forskjeller og gradienter.

Graden av assosiasjon mellom variabler er beregnet i form av en korrelasjonstabell mellom de viktigste variablene, og delvis på bakgrunn av denne har vi utført en serie med regresjonsanalyser for å finne ut hvordan ulike variabler er assosiert med tidstrenden. Vi har valgt å bruke den dikotome utgaven av HSCL-målet som avhengig variabel i regresjonene, et uttrykk for at det vi ønsker å fokusere på er psykisk helse eller uhelse. Vi har også kjørt lineær regresjon, men da vi finner identiske mønstre, er resultatene fra de disse analysene ikke presentert i egne tabeller.

Resultater

Deskriptiv statistikk av variabler

Den nedadgående trenden i HSCL-skåre er signifikant. Vi har også splittet HSCL-skåren i angst og depresjon (data ikke vist i tabell). Resultatene av denne oppsplittingen viste en tendens til at angst-delen endret seg mest fra 1998 til 2002, mens depresjonsdelen endret seg mest fra 2002 til 2005.

Det er også verd å merke seg at gjennomsnittsskåren i HSCL-25 har sunket jevnt fra 1998 til 2002 og 2005, mens median skåren holdt seg stabil fra 2002 til 2005 (HSCL-skåren er skjevfordelt). Dette avviket mellom median og mean (aritmetisk gjennomsnitt) kan forklares ved at nedgangen i gjennomsnittlig HSCL-25 i 2002 og 2005 nesten utelukkende har vært i gruppen med HSCL-skåre over medianverdien.

Tabell 1a. Utvikling i psykiske plager målt ved HSCL-25 i aldersgruppen 25-64 år. 95 % konfidensintervall (KI) i parentes.

	1998	2002	2005
Antall	6494	4781	4710
HSCL-25>1,75 (andel i prosent)	10,5 (9,7-11,4)	9,7 (8,8-10,8)	8,7 (7,7-9,4)
Gjennomsnittsskåre HSCL-25 (mean)	1,31 (1,30-1,32)	1,29 (1,28-1,30)	1,27 (1,26-1,28)
Median skåre HSCL-25	1,20	1,16	1,16

Tabell 1b. Utvikling av faktorer av betydning for nivå av psykisk plager (95% KI i parentes)

	1998	2002	2005
Antall	6494	4781	4710
Gjennomsnittsalder	42,4	43,6	44,0
Mann/kvinne ratio	1,01	1,04	1,01
Utdanning (ratio høy kontra lav)	2,01	3,11	4,17
Uten parforhold (andel i prosent)	22,0 (20,9-23,3)	23,6 (22,5-24,8)	25,6 (24,5-26,9)
Ikke sysselsatt (andel i prosent)	16,6 (15,5-17,7)	15,9 (14,8-17,1)	16,9 (15,8-18,0)
Andelen fattige (i prosent)	2,9 (2,2-3,6)	6,7 (6,0-7,4)	4,8 (4,2-5,4)
Kronisk sykdom (andel i prosent)	32,8 (31,2-34,0)	35,6 (33,8-36,7)	35,3 (33,9-36,6)
Funksjonshemming (andel i prosent)	4,9 (4,3-5,5)	5,3 (4,6-6,1)	4,7 (3,9-5,3)
Lite/ingen mosjon (mindre enn en gang pr uke, andel i prosent)	41,2 (39,8-42,5)	36,0 (34,6-37,3)	29,2 (27,9-30,5)
Antall legebesøk siste 12 mnd per 100 innb	242 (225-258)	292 (277-302)	295 (280-310)
Antall besøk hos psykolog siste 12 mnd per 100 innb	35 (20-50)	36 (27-45)	38 (28-48)
Andelen med lav mestring (i prosent)	-	9,4 (8,5-10,4)	13,1 (12,0-14,1)
Andelen med alvorlige økonomiske problemer (i prosent)	-	6,5 (5,7-7,4)	8,6 (7,8-9,4)
Bruk av antidepressiva (i prosent)	-	4,3 (3,7-5,0)	4,4 (3,7-5,1)

Vi ser fra tabell 1b at gjennomsnittsalderen i materialet øker noe. Kjønnratioen, forholdet mellom antall menn og antall kvinner, endrer seg lite, og det er ingen trend å spore. Forholdet mellom antall høyt og lavt utdannede øker merkbart, mens andelen enslige øker noe. Andelen som ikke er sysselsatt har gått noe ned. Andelen kronisk syke og funksjonshemmede er også omtrent uendret. Derimot ser vi at andelen som trimmer regelmessig (minst en gang i uka) har økt relativt mye.

Når det gjelder bruk av helsetjenester, har antall legebesøk per innbygger per år økt klart til tross for at andelen som går til lege i løpet av et år var lavere i 2005 (69%) enn i 1998 og 2002 (ca 75%). Dette tyder på en økning i antall legebesøk hos de som allerede går regelmessig til lege. Totalforbruket av psykologtjenester har økt noe, men økningen er ikke signifikant. Andelen som gikk til psykolog i dette materialet økte noe fra 2002 (3,2%) til 2005 (3,6%), men antall besøk per år blant de som gikk til psykolog sank i samme tidsrom.

Stratifiserte tidstrender

Siden hovedmålet med denne rapporten er å studere utviklingen av psykiske plager over tid, og eventuelt kartlegge mulige årsaker til eventuelle endringer, har vi i de påfølgende analysene i all hovedsak sett på innbyrdes forskjeller mellom undergrupper og hvordan disse forskjellene eventuelt endres over tid. Vi har altså lagt vekt på forskjellen i trend mellom undergrupper, og i mindre grad eventuelle endringer innenfor hver enkelt undergruppe.

Sosiodemografiske faktorer og HSCL-25>1,75

Kjønn og HSCL-25>1,75

Det er signifikant flere kvinner enn menn som har hatt betydelige psykiske plager målt som HSCL-25>1,75 (se figur 1). Det har vært en signifikant nedgang i HSCL-nivå blant kvinner fra 1998 til 2005, mens nedgangen hos menn ikke har vært signifikant. Forskjellen i

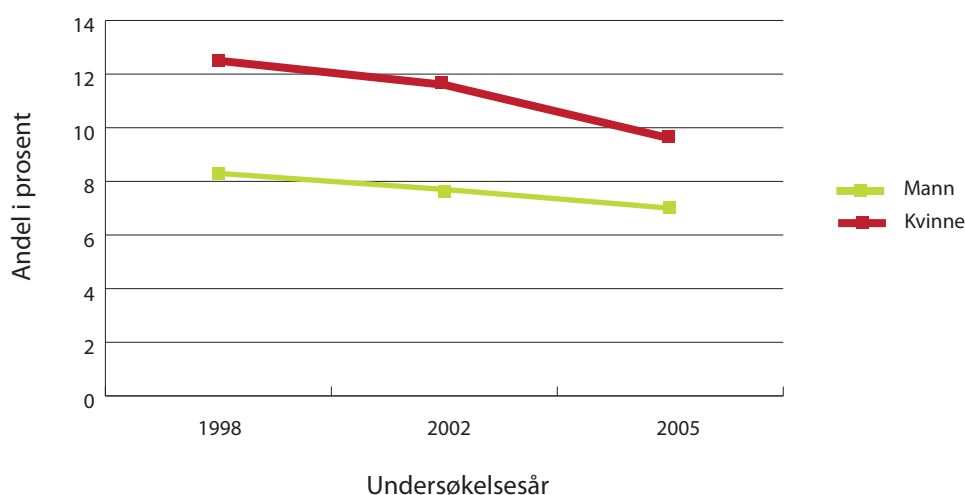


Fig 1: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og kjønn, i aldersgruppe 25-64 år.

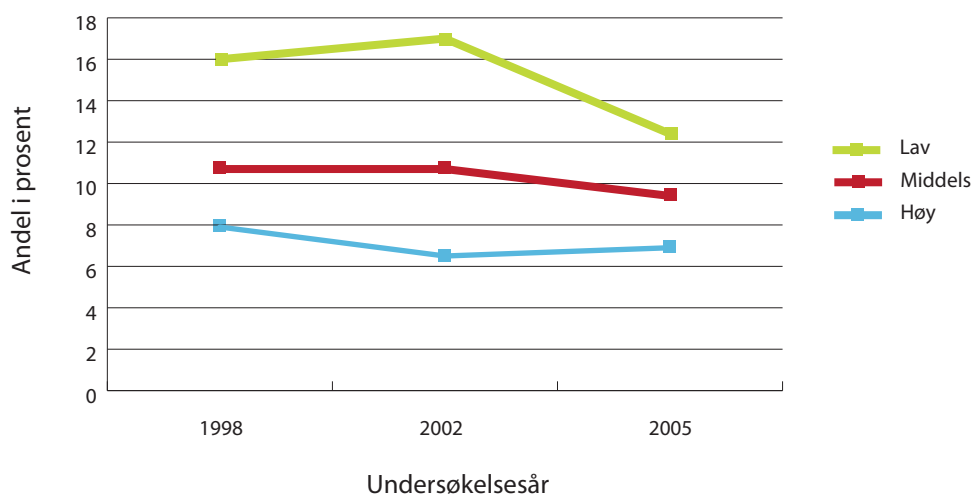


Fig 2: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og utdanningskategori, i alder 25-64 år.

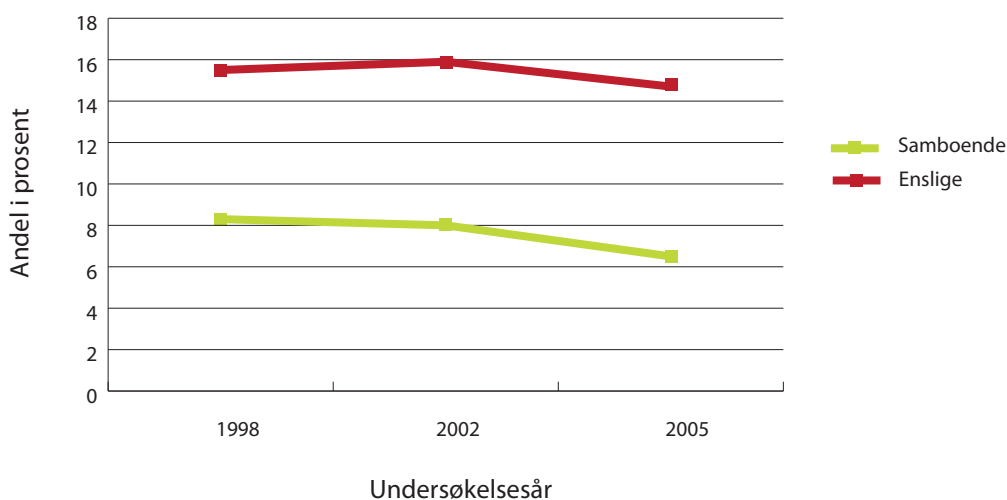


Fig 3: Andelen med høy HSCL-skåre etter samboerstatus og undersøkelsesår, i alder 25-64 år.

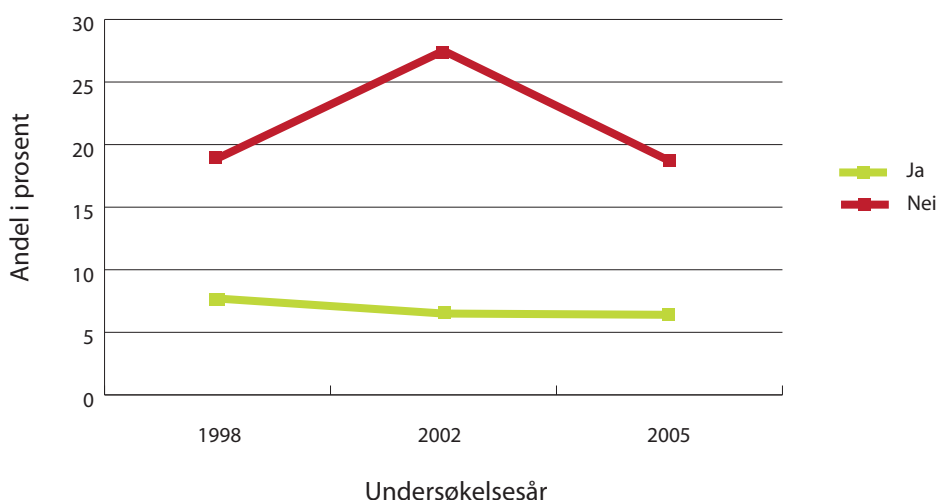


Fig 4: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og sysselsetting, i alder 25-64 år.

HSCL-skåre mellom kvinner og menn har derimot ikke endret seg signifikant i den samme perioden.

Utdanning og HSCL-25 > 1,75

Figur 2 viser at det er store forskjeller i andel med høy HSCL-skåre etter utdanningsnivå, og disse forskjellene er signifikante. Forskjellene mellom utdanningsgruppene i andel med høy HSCL-skåre økte fra 1998 til 2002, mens disse forskjellene har blitt signifikant mindre fra 2002 til 2005. Dette skyldes først og fremst markant nedgang i andel med høy skåre i gruppen med lav utdanning fra 2002 til 2005, mens det var små endringer hos middels og høyt utdannede. Det er ingen signifikant endring i HSCL fra 1998 til 2005 dersom man ser på de tre utdanningsnivåene hver for seg. Det er heller ingen signifikante forskjeller i tidstrend mellom de ulike utdanningsnivåene.

Parforhold og HSCL-25 > 1,75

Figur 3 viser en stor overhyppighet med høy HSCL-skåre blant enslige sammenlignet med de som er i parforhold, og forskjellen er signifikant. Trenden over tid ser ut til å være omtrent lik (parallel) for begge grupper, noe som indikerer at forskjellene mellom gruppene ikke har endret seg vesentlig. Men mens det er en signifikant nedgang i HSCL-nivå blant samboende, er ikke endringen signifikant blant de ikke-samboende, og forskjellen i tidstrend mellom samboende og ikke-samboende er heller ikke signifikant.

Sysselsetting og HSCL-25 > 1,75

Figur 4 viser at de som er uten jobb har 3-4 ganger høyere risiko for å ha høy HSCL-skåre enn de som er i jobb, og forskjellen er signifikant. Blant de som har vært i jobb har nedgangen vært tilsynelatende svak, men den er signifikant. Blant de uten arbeid obser-

veres en markert oppgang fra 1998 til 2002, med en påfølgende enda sterkere nedgang fra 2002 til 2005. Dette mønsteret minner noe om utviklingen i andel med høy HSCL-skåre blant de lavt utdannede, der det ikke er noen entydig trend i HSCL blant de som er uten fast arbeid. Totalt sett er ikke endringen i HSCL-skåre signifikant blant de som er uten arbeid. Forskjellen i tidstrend mellom de som er og de som ikke er i jobb er derimot signifikant.

Andre risiko og beskyttende faktorer og HSCL-25>1,75

Kronisk sykdom og HSCL-25>1,75

Blant de kronisk syke er andelen med HSCL-skåre over 1,75 dobbelt så høy som hos de uten kronisk sykdom (data ikke vist). Det har vært en moderat nedgang i HSCL både blant de kronisk syke og blant de som ikke

er kronisk syke i perioden, og forskjellen i tidstrend mellom de to gruppene er ikke signifikant.

Mosjon og HSCL-25>1,75

Figur 5 viser at de fysisk inaktive har en betydelig og statistisk signifikant overhyppighet av psykiske plager sammenlignet med de som trener minst en gang i uken. Forskjellen mellom gruppene øker signifikant over tid ved at andelen med psykiske plager øker noe (men ikke signifikant) blant de fysisk inaktive, mens i samme tidsrom har andelen med forhøyet HSCL-skåre falt signifikant blant de som mosjonerer ukentlig eller oftere. En slik klar forskjell i endring over tid mellom de to undergruppene – de som trimmer regelmessig og de som ikke gjør det - er spesielt interessant når vi allerede vet at andelen av befolkningen som mosjonerer ukentlig eller mer har økt signifikant i samme periode.

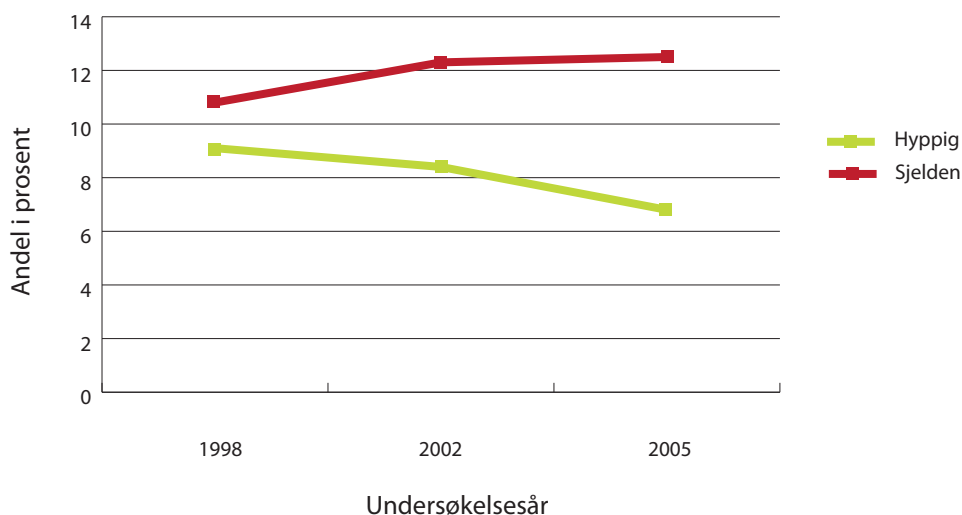


Fig 5: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og trimvaner, i alder 25-64 år.

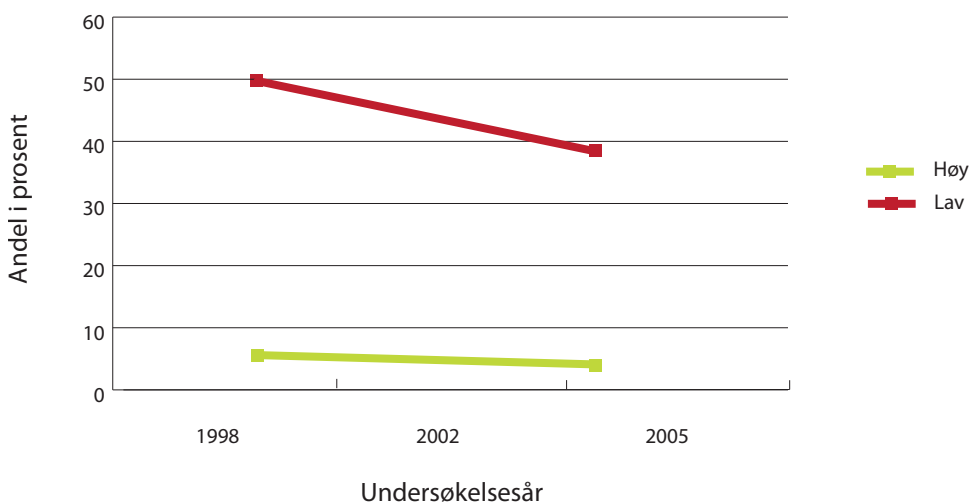


Fig 6: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og mestringsnivå, i alder 25-64 år.

Mestringsevne og HSCL-25 > 1,75

Figur 6 indikerer at andelen med høy HSCL-skåre er signifikant høyere blant de med lav mestring sammenlignet med de med høy mestringsevne. Dette er et uttrykk for den sterke assosiasjonen mellom disse variablene. Andelen med høy HSCL-skåre synker signifikant fra 2002 til 2005 i gruppen med lav mestring, mens nedgangen i HSCL-skåre blant de med høy mestringsevne ikke er signifikant. Forskjellene i tidstrend i HSCL-skåre mellom de med lav og høy mestringsevne er derimot signifikante.

Økonomiske problemer og HSCL-25 > 1,75

Figur 7 antyder at det er en betydelig overhyppighet av høy HSCL-skåre i gruppen som har hatt alvorlige økonomiske problemer siste 12 måneder, og forskjellene er signifikante. På samme måte som med mosjon,

ser vi også at utviklingen i andelen med høy HSCL-skåre har vært stikk motsatt fra 2002 til 2005 med hensyn på undergruppene med og uten alvorlige økonomiske problemer. Overhyppigheten i høy HSCL-skåre blant de som har hatt alvorlige økonomiske problemer er med andre ord økende, og forskjellen i tidstrend er signifikant. Andelen med alvorlige økonomiske problemer i materialet totalt sett steg dessuten fra 6,5 % i 2002 til 8,4 % i 2005, men økningen i HSCL-nivå i denne gruppen er ikke signifikant. Imidlertid har nedgangen i høy HSCL-skåre blant de uten økonomiske problemer vært signifikant og betydelig, og denne gruppen utgjør fortsatt mer enn 90 % av materialet, og har åpenbart hatt størst betydning for endringene i HSCL-nivå, siden dette totalt sett er fallende i populasjonen.

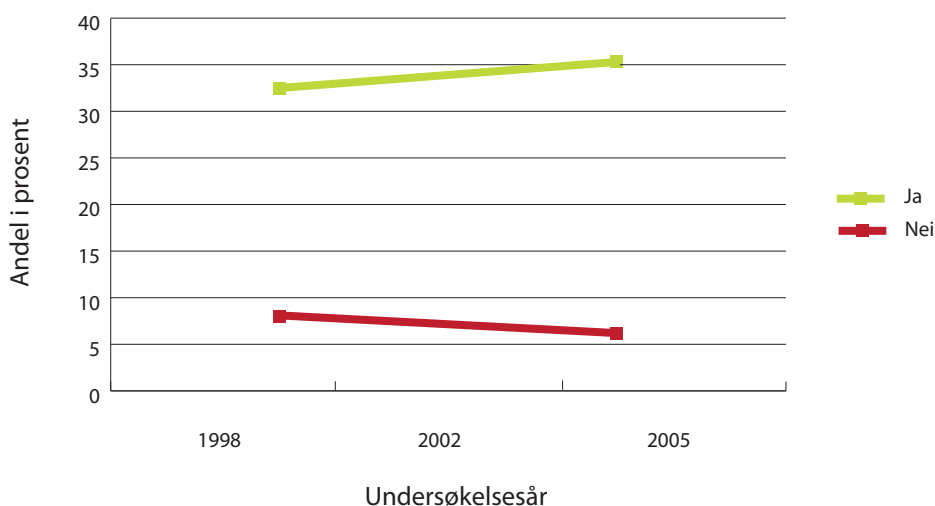


Fig 7: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og hvorvidt man har hatt økonomiske problemer siste år eller ikke, i alder 25-64 år.

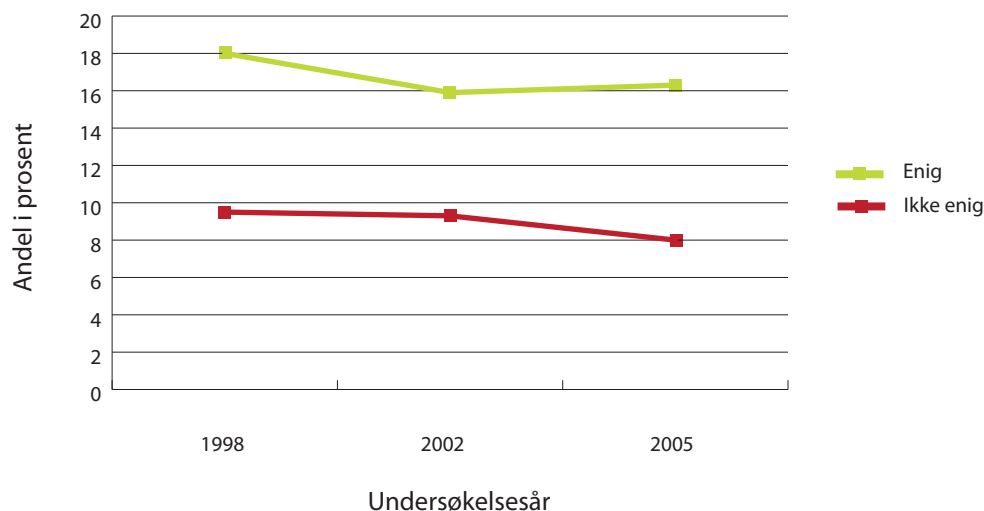


Fig 8: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og inntektsnivå, i alder 25-64 år.



Foto: www.colourbox.no

Fattigdom og HSCL-25 > 1,75

Vi ser av figur 8 at fattige har omlag dobbelt så høy risiko som ikke-fattige for å ha forhøyet HSCL-skåre, og forskjellen er signifikant. Det er likevel interessant å observere at det å ha alvorlige økonomiske problemer siste år (figur 7) ser ut til å være en langt større risikofaktor for psykiske plager enn fattigdom (figur 8).

Reduksjonen i andel med høy HSCL-skåre fra 1998 til 2005 har vært nokså lik for både fattige og ikke-fattige, den innbyrdes forskjellen ser ut til å ha vært minst i 2002. Men endringene er ikke signifikante verken for fattige eller ikke-fattige, og forskjellen i tidstrend mellom de to gruppene er heller ikke signifikant.

Bruk av helsetjenester og HSCL-25>1,75

Vi har splittet antall legebesøk og psykologbesøk i tre grupper, 0, 1-4 og 5 eller flere besøk i løpet av de siste 12 måneder.

Antall legebesøk og HSCL-25>1,75

Figur 9 viser at andelen med høy HSCL varierer sterkt med antall legebesøk, og at en betydelig større andel av de som går mye til lege har forhøyet HSCL-skåre, og forskjellene er signifikante. Det er verd å merke seg den høye andelen med betydelige psykiske plager (22,5%) i gruppen som har vært hos lege 5 eller flere ganger siste år selv om denne andelen er praktisk talt uendret over tid. Tilsvarende er det en svært lav andel med psykiske plager hos de som ikke har vært hos lege siste året. Denne gruppen utgjør ca 30% av befolkningen og av disse har bare ca 4% høy HSCL-skåre i

2005. Men på tross av disse forskjellene ser det ikke ut til at det har vært betydelige forskjeller i trend når det gjelder HSCL-skåre i de tre undergruppene. Endringen i HSCL-nivå er ikke signifikant når vi ser på de tre gruppene hver for seg, og forskjellene i tidstrend mellom gruppene er ikke signifikante.

Psykologbesøk og HSCL-25>1,25

Figur 10 viser at andelen med høy HSCL varierer sterkt også med hensyn på antall besøk hos psykolog, og at en betydelig større andel av de som går til psykolog har forhøyet HSCL-skåre, og forskjellene er signifikante. Det er imidlertid relativt få som har vært hos psykolog og tidstrendene er derfor vanskelig å tolke. Blant de som ikke har vært hos psykolog er andelen med høy HSCL-skåre synkende. I og med at mer enn 96 % av utvalget ikke har vært hos psykolog siste året, er det

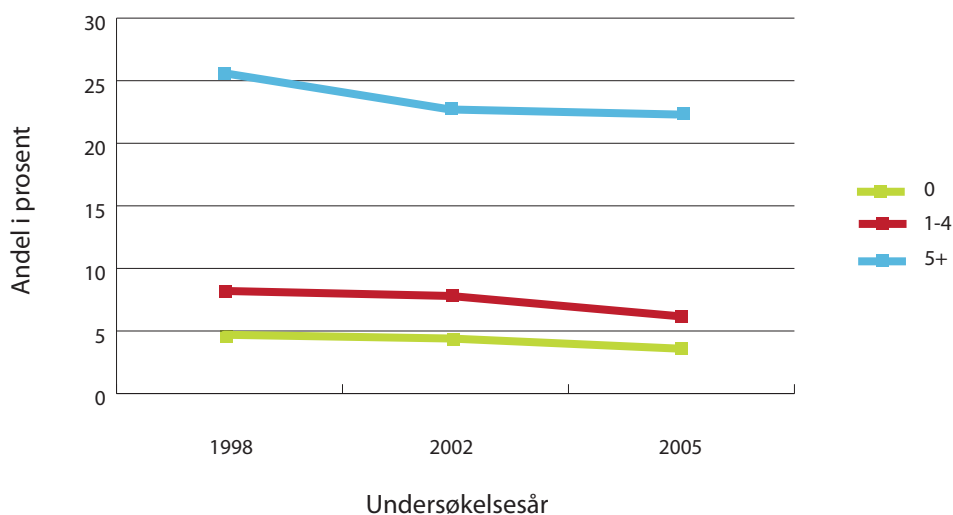


Fig 9: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og antall legebesøk, i alder 25-64 år.

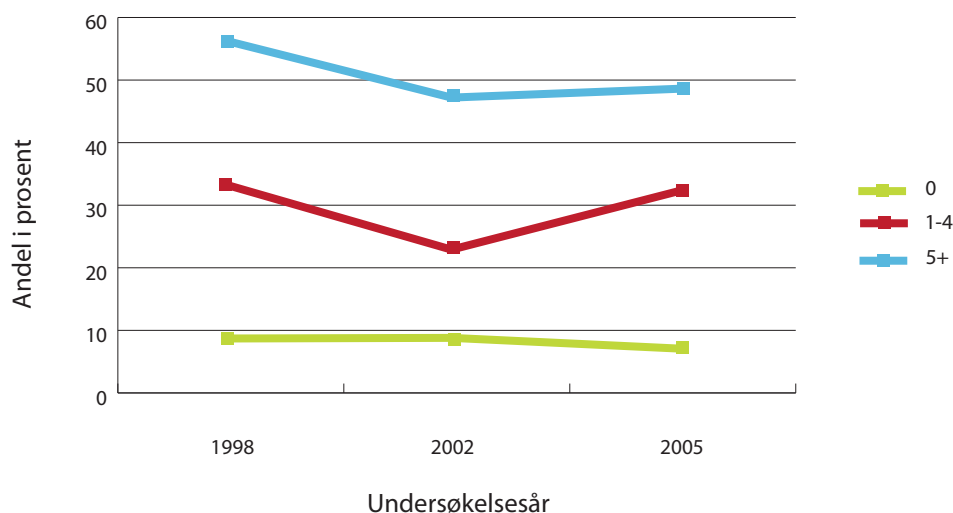


Fig 10: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og antall besøk hos psykolog, i alder 25-64 år.

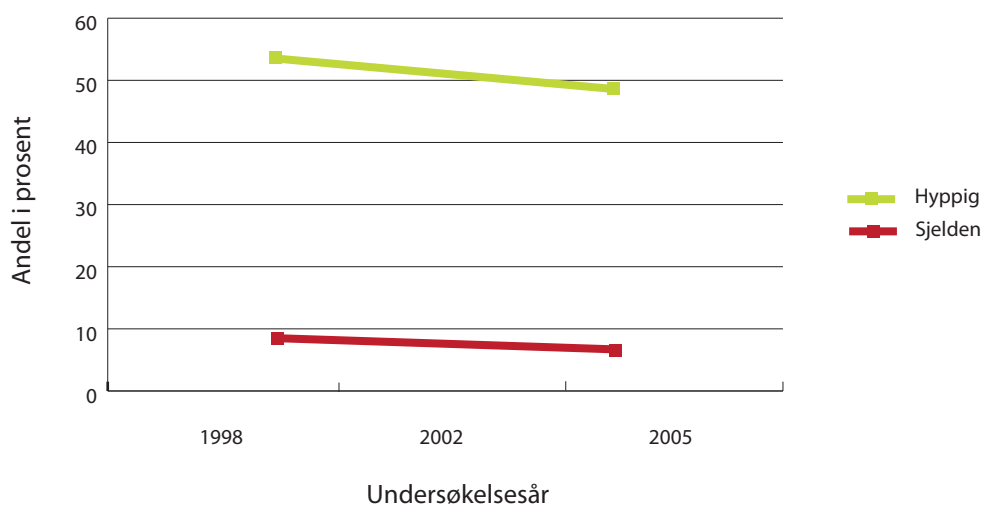


Fig 11: Andelen med høy HSCL-skåre etter undersøkelsesår og bruk av antidepressiva, i aldersgruppe 25-64 år.

ikke overraskende at utviklingen for denne gruppen er nokså parallell med utviklingen i totalmaterialet og at nivået i psykiske plager heller ikke skiller seg vesentlig fra totaltallene. På samme måte som for legebesøk er ikke endringene i de tre gruppene hver for seg signifikante over tid, og de innbyrdes forskjellene i trend mellom de tre gruppene er heller ikke signifikante.

Bruk av antidepressive medikamenter og HSCL-25>1,75

Spørsmålene om bruk av antidepressive legemidler ligger bare inne i 2002 og 2005-undersøkelsene. Figur 11 viser at andelen med forhøyet HSCL-skåre er betydelig høyere blant de som regelmessig bruker

antidepressiva enn de øvrige. Forskjellen er signifikant. Andelen med høyt HSCL-nivå er svakt synkende for begge grupper fra 2002 til 2005, og trenden ser ut til å være relativt lik på de to undergruppene, men ingen av trendene er signifikante. Den innbyrdes forskjellen i trend mellom de to gruppene er heller ikke signifikant. Det er verd å merke seg at det bare er i overkant av 4 % som bruker antidepressiva og tallene er derfor beheftet med usikkerhet. Det er allikevel en interessant observasjon at andelen med høy HSCL blant de som bruker antidepressiva er omtrent på nivå med de som går til psykolog mer enn 5 ganger siste år.

Regresjoner (endring: Regresjonsanalyser) Korrelasjoner

Tabell 2: Korrelasjonstabell mellom de viktigste variablene.

	HSCL	ÅR	KJØNN	ALD	PAR	JOBB	UTD	TRIM	MES	PSYK	LEGE	ØK.PR.	FATTIG	ANTIDEP
HSCL	1	-.025**	.059**	.024**	-.109**	-.188**	-.085**	-.058**	-.416**	.208**	.201**	.244**	.053**	.316**
ÅR	-.025**	1	-.010	.046**	-.018*	.163**	.093**	.106**	-.032**	.019*	.011	.024**	.005	-.003
KJØNN	.059**	-.010	1	-.009	-.034**	-.067**	-.018**	.036**	.000	.050**	.124**	-.008	.043**	.051**
ALD	.024**	.046**	-.009	1	.059**	-.070**	-.169**	-.011	-.082**	-.031**	.087**	-.078**	-.092**	.070**
PAR	-.109**	-.018*	-.034**	.059**	1	.183**	.098**	-.011	.069**	-.069**	-.005	-.127**	-.195**	-.037**
JOBB	-.188**	.163**	-.067**	-.070**	.183**	1	.274**	.050**	.196**	-.049**	-.139**	-.055**	-.173**	-.096**
UTD	-.085**	.093**	-.018**	-.169**	.098**	-.067**	1	.126**	.128**	.023**	-.080**	-.037**	-.072**	-.041**
TRIM	-.058**	.106**	-.036**	-.109**	.126**	.050**	.126**	1	.083**	-.013	-.023**	-.068**	-.020**	-.038**
MESTRING	-.416**	-.032**	.000	-.082**	.069**	.196**	.128**	.083**	1	-.099**	-.148**	-.182**	-.050**	-.204**
PSYKOLOG	.208**	.019*	.050**	-.031**	-.069**	-.049**	.023**	-.013	-.099**	1	.127**	.096**	.028**	.162**
LEGE	.201**	.011	.124**	.087**	-.005	-.139**	-.080**	-.023**	-.148**	.127**	1	.087**	-.002	.160**
ØK. PROBL.	.244**	.024**	-.008	-.078**	-.127**	-.055**	-.037**	-.068**	-.182**	.096**	.087**	1	.081**	.093**
INNTEKT	.053**	.005	.043**	-.092**	-.173**	-.096**	-.072**	-.020**	-.050**	.028**	-.002	.081**	1	.011
ANTIDEP.	.316**	-.003	.051**	.070**	-.037**	-.096**	-.041**	-.038**	-.204**	.162**	.160**	.093**	.011	1

** Signifikant på 1 % nivå.

* Signifikant på 5 % nivå.

I korrelasjonstabellen er

- HSCL-25 skåre kategorisert som enten lav (0) eller høy (1) med cut-off på 1.75.
- År betyr undersøkelsesår; 1998 (0), 2002 (1) eller 2005 (2).
- Alder er delt inn i aldergruppene 25-44 (1) eller 45-64 (2).
- Par er delt inn etter henholdsvis enslig (0) eller samboende (1).
- Jobb er delt inn etter vanligvis er sysselsatt: ja (0) eller nei (1).
- Utdanning er delt inn etter lav (0), middels (1) og høy (2).
- Trim er delt inn etter om personen bedriver mosjon mer en en gang i uken (0) eller ikke (1).
- Mestring er delt inn etter lav (0) og høy (1) grad av mestring.
- Psykolog lagt inn som antall besøk per innbygger siste år.
- Lege er som psykolog målt som antall besøk per innbygger siste år.

Tabell 2 viser signifikant høyere HSCL-25-verdier blant kvinner, blant de med høy alder, arbeidsledige og de med større forbruk av både lege- og psykologtjenester. Høy HSCL-25 er derimot negativt korrelert med undersøkelsesår, det å være i parforhold, regelmessig trim og høy mestring. Dette er i tråd med de stratifiserte figurene i forrige avsnitt.

Utviklingen over tid (år) er signifikant positivt korrelert med alder (dvs flere eldre), til utdanning (dvs høyere utdanningsnivå), til trim (dvs mer regelmessig mosjon) og et høyere forbruk av både lege- og psykologtjenester. Dette er konsistent med tallene i tabell 1.

Vi ser også at utviklingen over år er signifikant negativt korrelert med høy HSCL-25 (dvs lavere HSCL-skåre med årene), kjønn (det vil si relativt færre kvinner i mate-

rialet), parstatus (det vil si flere enslige) og med sysselsetting (det vil si flere uten jobb).

Det er ellers verd å merke seg de sterke sammenhengene mellom bruk av legetjenester og psykologtjenester og at kvinner bruker mer av begge disse tjenestene enn menn. Når det gjelder alder og utdanning ser vi en ulik retning på sammenhengen mellom bruk av hhv lege og psykologtjenester: lavt utdannede og eldste aldergruppe (45-64) ser ut til å bruke mer legetjenester, mens høyt utdannede og yngste aldergruppe (25-44) går mer til psykolog. Ellers ser vi at det å være uten uten jobb har en sterk sammenheng med hhv lav utdanning og lav mestringsfølelse, lite trim og høyt forbruk av helsetjenester.

Bivariate analyser

Tabell 3:) Bivariate analyser, som viser hvordan variasjonen i HSCL er assosiert med ulike variabler. Mer presist viser tabellen odds ratio (OR) for HSCL-25>1,75 (95% KI i parentes) mellom ulike undergrupper definert av variabelen.

År	2005 (ref)	1,00
	2002	1,18 (1,0-1,38)*
	1998	1,28 (1,1-1,49)**
Kjønn	Menn (ref)	1,00
	Kvinner	1,53 (1,36-1,74)**
Alder	25-44 (ref)	1,00
	45-64	1,18 (1,04-1,33)**
Par	JA (ref)	1,00
	NEI	1,89 (1,7-2,11)**
Jobb	Ja (ref)	1,00
	Nei	4,76 (4-5,66)**
Utdanning	Høy (ref)	1,00
	Middels	1,64 (1,42-1,9)**
	Lav	2,6 (2,15-3,15)**
Kronisk sykdom	Nei (ref)	1,00
	Ja	2,83 (2,49-3,22)**
Legebesøk siste år	Ja	2,26 (1,87-2,73)**
	Nei (ref)	1,00
Antall legebesøk	0 (ref)	1,00
	1-4	1,83 (1,69-2)**
	5+	6,94 (5,3-9)**
Psykologbesøk siste år	Ja	6,13 (4,76-7,87)**
	Nei (ref)	1,00
Antall psykologbesøk	0 (ref)	1,00
	1-4	4,47 (3,7-5,43)**
	5+	10,2 (7,25-14,49)**
Antidepressiva	Nei (ref)	1,00
	Ja	13,89 (10,99-17,86)**
Alvorlige økonomiske problemer siste år	Nei (ref)	1,00
	Ja	6,54 (5,35-8)**
Fattig/rik	Nei (ref)	1,00
	Ja	1,99 (1,52-2,6)**
Mestring	Høy (ref)	1,00
	Lav	15,03 (12,54-18,01)**
Trim	Ukentlig eller mer	1,00
	Sjelder (skrivefeil)/aldri	1,54 (1,39-1,71)**

**=signifikant på 5 % nivå

*=grensesignifikant.

De bivariate analysene viser at alle de aktuelle variablene har en signifikant betydning for variasjonen i HSCL-skåre, noe som også er konsistent med den

første kolonnen i korrelasjonstabellen. Sammenhengene går dessuten i samme retning som det korrelasjonene viser.



Foto: www.colourbox.no

Multivariate analyser

Multivariate analyser mellom tidstrend og hver enkelt uavhengig variabel

Tabell 4: Multivariate binære logistiske regresjoner, der dikotom HSCL-25 skåre er avhengig variabel, og der tidstrenden blir kontrollert for hver enkelt av de uavhengige variablene. Den første kolonnen med odds ratioer viser hvordan tidstrenden kontrolleres av den respektive variabel, mens den andre kolonnen viser effekten på HSCL av den respektive variabel målt ved odds ratio mellom undergrupper, kontrollert for tidseffekten.

<i>Bivariat tidstrend.</i>			
	2005	1,0 (ref)	
	2002	1,18 (1,0-1,38)*	
	1998	1,28 (1,1-1,49)**(Hva refererer OR til??)	
Kontrollerende variabel	År	Tidstrend i HSCL-skåre kontrollert for den respektive variabel.	Effekt på HSCL av den respektive uavhengige variabel, målt ved OR mellom spesifiserte undergrupper, og kontrollert for tidspunkt.
Kjønn	2002 1998	1,14 (0,98-1,34) 1,24 (1,07-1,44)**	Menn: 1,00 (ref) Kvinner: 1,51 (1,33-1,7)**
Alder	2002 1998	1,13 (0,97-1,33) 1,25 (1,08-1,45)**	25-44: 1,00 (ref) 45-64: 1,19 (1,05-1,34)**
Utdanning	2002 1998	1,12 (0,95-1,31) 1,17 (1,01-1,36)*	Høy: 1,00 (ref) Middels: 1,5 (1,31-1,73)** Lav: 2,36 (1,96-2,84)**
Samboerstatus	2002 1998	1,2 (1,02-1,41)* 1,22 (1,04-1,43)**	Samboer: 1,00 (ref) Enslig: 2,2 (1,93-2,52)**
I jobb?	2002 1998	1,21 (1,02-1,42)* 1,13 (0,97-1,32)	JA: 1,00 (ref) NEI: 3,58 (3,15-4,07)**
Regelmessig trim?	2002 1998	1,15 (0,98-1,35) 1,13 (0,96-1,33)	JA: 1,00 (ref) NEI: 1,48 (1,3-1,69)**
Kronisk sykdom?	2002 1998	1,18 (1,00-1,39)* 1,23 (1,05-1,45)**	NEI: 1,00 (ref) JA: 2,84 (2,5-3,24)**
Alvorlige økonomiske problemer?	2002	1,22 (1,04-1,44)**	NEI: 1,00 (ref) JA: 6,76 (5,56-8,26)**
Fattig?	2002 1998	1,16 (0,99-1,36) 1,2 (0,99-1,45)	NEI: 1,00 (ref) JA: 1,98 (1,52-2,6)**
Mestringsnivå	2002	1,42 (1,19-1,7)**	Høy: 1,00 (ref) Lav: 15,32 (12,81-18,33)**
Antall legebesøk	2002 1998	1,17 (0,99-1,38) 1,29 (1,06-1,56)**	0: 1,00 (ref) 1-4: 1,81 (1,7-1,94)** 5+: 6,99 (5,59-8,7)**
Antall psykologbesøk	2002 1998	1,21 (1,02-1,42)* 1,24 (1,02-1,5)*	0: 1,00 (ref) 1-4: 4,67 (3,92-5,59)** 5+: 11,1 (8,2-15,2)**
Anti-depressiva	2002	1,17 (0,99-1,38)	Sjelden: 1,00 (ref) Hyppig: 14,1 (11,1-17,9)**

**=signifikant på 5 % nivå.

*=grensesignifikant.

Spørsmål: Tabellen er skyggelagt noen steder og ikke andre, hvorfor?

Høyre kolonne i tabell 4 bekrefter analysene av figur 1-11 at alle de inkluderte variablene har en signifikant betydning for HSCL-skåren. Men kolonnen som viser hvordan tidstrenden i HSCL-skåre kontrolleres for de ulike variablene viser at det bare er noen få av de studerte variablene som har en signifikant betydning for tidstrenden; nærmere bestemt utdanning (grensesignifikant), jobb (grensesignifikant), trim, fattigdom, besøk hos psykolog, og bruk av antidepressiva.

Trim og fattigdom er de eneste variablene der vi har data for alle tre årene som (alene) klarer å kontrollere bort tidstrenden fra 1998 til 2005. Vi har også sjekket for mulige interaksjonseffekter, og som antydnet i forklaringene til figurene 1-11 er det kun sysselsetting, trim, mestring og alvorlige økonomiske problemer som viser noen signifikant interaksjon med undersøkelsesår. Dette funnet antyder at utviklingen over tid har vært forskjellig i undergruppene når det gjelder disse variablene.

For å se på de multivariate effektene har vi også kjørt lineære regresjoner, der vi har brukt kontinuerlige versjoner av variablene, i den grad slike finnes. Vi har regnet ut R^2 for å se på hvor mye av variasjonen i HSCL-skåre som kan tilskrives de inkluderte uavhengige variablene. Når vi kontrollerer for kun de variablene vi har verdier for alle årene, det vil si at vi ekskluderer økonomiske problemer, bruk av antidepressiva og mestring, blir $R^2=0.143$, det vil si at drøyt 14 % av variasjonen i HSCL kan forklares av disse variablene. Når vi inkluderer økonomiske problemer blir $R^2=0.202$. Når i tillegg bruken av antidepressiva inkluderes stiger R^2 til 0.279. Til slutt, når også mestring inkluderes stiger R^2 til 0.442. Dette forteller noe om hvor sterkt de tre variablene mestring, økonomiske problemer og bruken av antidepressiva er assosiert med HSCL-skåren. Likevel forklarer disse i liten eller ingen grad endringen i HSCL over tid.

Diskusjon

Er funnene plausible?

Selv om forekomsten av psykiske lidelser rapporteres å være nokså stabil over tid både i Sverige og USA (Kessler m fl 2005. Socialstyrelsen 2005), rapporteres det samtidig om betydelige svingninger i selvrappporterte psykiske plager i Sverige (Socialstyrelsen 2005). Dette kan tyde på at forekomsten av psykiske plager er mer sensitiv for miljøforandringer enn psykiske lidelser sett under ett. Det har vært økonomiske oppgangstider i Norge i lang tid og vi har lav arbeidsledighet samtidig som behandlingstilbudet til mennesker med psykiske helseproblemer har blitt betydelig bedre. Vi har imidlertid ingen befolkningsundersøkelser som kan si noe om endringer av psykiske lidelser, men fra Dødsårsaksregisteret kan vi studere forekomst og utvikling i selvmord som også er en indikator på psykisk helse. Selvmord har vist seg å kunne variere over tid (se figur 12), men det er ingen signifikant nedgang i selvmordsratene i Norge fra 1998 til 2005 selv om det kanskje kan se ut til å være en viss nedadgående trend. Betydelige psykiske plager

er som nevnt innledningsvis en viktig risikofaktor for selvmord, men det er mulig at selvmord også er en mindre sensitiv indikator enn selvrappporterte psykiske plager på endringer i miljøet. I Sverige har man observert endringer i nivået av psykiske plager uten at man samtidig har hatt endringer i selvmordsratene (Socialstyrelsen 2005).

Omfang av funnene

Fra 1998 til 2005 har andelen med betydelige psykiske plager (høy HSCL) sunket fra 10,5 % til 8,7 % i dette datasettet. Hvis disse tallene er representative for befolkningen i aldersgruppen 25-64 år, innebærer denne reduksjonen nærmere 50 000 færre mennesker med betydelige psykiske plager i den aktuelle aldersgruppen. Dette burde i utgangspunktet ha fått ringvirkninger. Psykiske plager har stor innvirkning på hjelpesøkingen i helsevesenet. I 2005-materiale rapporterer 42,6 % av de med høy HSCL-skåre at de har søkt hjelp for sine psykiske plager i løpet av de siste 12



Fig 12: Antall selvmord per 100000 per år

måneder, mot bare 5,6 % av de med lavere HSCL-skåre (Dalgard m fl, 2008). Hvis dette nivået av hjelpsøking var konstant i forhold til HSCL-nivå, ville reduksjonen i HSCL-skåre fra 1998 til 2005 ha medført at 18.200 færre individer søkte hjelp for psykiske plager i helse-tjenesten i løpet av et år. Tabell 1b viser imidlertid at det heller har vært et økt forbruk av helsetjenester for psykiske plager. En plausibel forklaring på denne motsetningen kan være at terskelen for å søke hjelp er blitt lavere etter hvert som behandlingstilbudet og tilgjengeligheten av tjenestene har økt. Dette er i så fall i tråd med hva som rapporteres fra USA (Kessler m fl 2005).

Psykiske plager og lidelser har også stor betydning for forbruket av trygdeytelser. Av de med HSCL-25 > 1,75 hadde 42,6 % vært sykemeldt eller trygdet som følge av sine psykiske problemer i løpet av de siste 12 månedene mot bare 9,7 % av de med HSCL-skåre under 1,75 i 2005-datasettet (tabell ikke vist). En reduksjon i HSCL i den størrelsesorden som vi har målt fra 1998 til 2005 skulle i så fall medføre en nedgang i sykemeldte og trygdede på ca 16.000 individer mellom 25 og 64 år. Trygdestatistikk viser imidlertid at stadig flere sykemeldes og trygdes for psykiske plager og lidelser (Gjesdal m fl 2005. Olsen H 2005). Årsaken til disse tilsynelatende motsetningene kan være flere. En mulighet er at det er blitt økt kapasitet og kompetanse innen psykisk helsevern som følge av Opptrappingsplanen for psykisk helse, og at dette har ført til bedre utredning og diagnostisering og mer bruk av psykiatriske diagnoser. En annen mulig forklaring kan være at psykiske plager og lidelser er blitt mer allment akseptert som grunnlag for trygdeytelser. På den annen side er det slett ikke sikkert at nedgangen i psykiske plager som vi måler i dette datasettet er representativ for utviklingen i befolkningen.

Mulige feilkilder: Måleinstrumenter og frafall av respondenter

Mange av variablene som har blitt brukt i levekårsundersøkelsene er basert på selvrapporing. Noen av disse er uproblematisk i den forstand at de spør om faktiske forhold, for eksempel alder og kjønn. Andre som spør om mer subjektive forhold kan være mer problematiske. En hovedvariabel i denne undersøkelsen er HSCL-25. Denne variabelen er basert på selvrapporing av psykiske plager. Det er, som allerede nevnt tidligere, noen tegn som tyder på at skårene på HSCL-25 har en viss validitet, i den forstand at en ganske stor andel av de som skårer over cut-off punktet på skalaen, faktisk også får en psykiatrisk diagnose. Et spesielt problem som oppstår i vår sammenheng er hvorvidt måten å besvare HSCL-25 forandrer

seg over kohorter. Det kan for eksempel hende at yngre kohorter har en annen terskel for å rapportere et gitt symptom enn de som er noe eldre. Kanskje kan det være slik at en eksempelvis 25-åring som svarte på spørsmålene i HSCL-instrumentet i 1998 har en annen terskel for rapportering av symptomer enn en 20-åring i 2005. Hvis vi antar at det er en økende åpenhet omkring psykiske plager, ville vi kanskje forvente at det skulle føre til flere mennesker med psykiske plager nå enn tidligere. Ettersom vi faktisk har observert en *nedgang* i psykiske plager, kan vi enten konkludere med at en terskelforskyvning ikke har skjedd, eller at den observerte nedgangen faktisk er større enn den vi har observert.

Frafall er et stadig tilbakevendende problem i befolkningsundersøkelser hvor deltakelse er frivillig. Det går et skarpt skille mellom *ikke-selektivt* og *selektivt* frafall. Ikke-selektivt er tilfeldig. I vårt tilfelle ville frafallet være ikke-selektivt dersom det ikke var relatert til skåren på HSCL-25. Dersom dette var tilfelle ville vi kunne generalisere funnene i HUS til den norske befolkningen både hva gjelder nivået av psykiske plager og forandring av dem over undersøkelsesår. Imidlertid vil den statistiske styrken minskes med økende frafall. Selektivt frafall vanskeliggjør generalisering fra datamaterialet til populasjonen. I vår undersøkelse er to typer selektivt frafall mulig. For det første kan det være seg slik at de med forhøyet skåre på HSCL-25 er mindre tilbøyelig til å være med på undersøkelsen. Dette vil føre til at nivået av forekomst av psykiske plager (prevalens) blir underestimert. Det andre spørsmålet er hvorvidt det selektive frafallet forandrer seg over undersøkelsesår. Dersom for eksempel svartilbøyeligheten blant de med høy skåre på HSCL-25 avtar, så vil det føre til en nedgang i prevalensen i psykiske plager i datamaterialet som ikke finnes i befolkningen. Det er vanskelig å komme helt til bunns i dette spørsmålet, men man kan komme en del på vei, ved å undersøke registrerte variabler som er korrelert med skåren på HSCL-25 (for eksempel utdanning, kjønn).

Prevalenstall

Svarprosentene i den postale delen av HUS har falt fra 70 % i 1998 til 64 % i 2002, og videre til 57 % i 2005 (50 % i regresjonsanalysene der vi tar inn variabler som også ligger i intervjudelen av undersøkelsen). Dette reiser spørsmålet om funnene kan generaliseres til befolkningen. Et av spørsmålene som reiser seg er om de andelene med psykiske plager (målt ved HSCL) som resultatene viser er omtrent de samme som i befolkningen. Tallene i datamaterialet kan tyde på at det er en overrepresentasjon av høyt utdannede i datamaterialet sammenlignet med SSB sine statistikker (jfr tabell

A7 i Appendiks). Høyt utdannede har færre psykiske plager enn de med middels eller lav utdanning (Figur 2). Dette bidrar til en underestimering av prevalensen av psykiske plager blant de som har deltatt i SSB sine levekårsundersøkelser i forhold til befolkningen. Andelen av sysselsatte er høyere i utvalget enn befolkningen (Tabell A11 i Appendiks). Figur 4 viser at sysselsatte har færre psykiske plager enn de ikke sysselsatte. Overrepresentasjonen av sysselsatte i utvalget vil dermed også bidra til underestimering av andelen med psykiske plager i befolkningen. Andelen innlagt på sykehus for psykiatriske lidelser var noe lavere i utvalget enn i befolkningen. Dette peker i samme retning, nemlig at prevalens av psykiske plager og lidelser er lavere i materialet enn i befolkningen.

Andre helseundersøkelser har vist at innvandrere fra ikke-vestlige land har mer psykiske problemer enn etniske nordmenn (Dalgard m fl 2007). Innvandrere fra ikke-vestlige land er klart underrepresentert blant deltagerne i denne undersøkelsen og vi antar at frafallet er størst blant innvandrere med store språk og integreringsproblemer fordi man ikke har benyttet tolk. Problemet er med andre ord ikke bare at innvandrere er under-representerte i materialet, men også at de som inngår i Helseundersøkelsene sannsynligvis er en selektert gruppe. Dette bidrar også til at datamaterialet underestimerer forekomsten av psykiske plager i forhold til det som er reelt i befolkningen.

Forandringer av prevalenser over tid

Et hovedformål med denne rapporten er å ta stilling til om *forandringene* i prevalenstillene på psykiske plager over de tre undersøkelsesårene 1998, 2002 og 2005 er uttrykk for forandringer i psykisk helse i befolkningen, eller om de skyldes forhold ved utvalget som gjør at de forandringene som er observert (Tabell 1a) ikke kan generaliseres til befolkningen. Det er naturligvis fullt ut mulig at forandringene i prevalenstillene kan være reelle selv om prevalenstillene i seg selv ikke er korrekte.

Forskjeller mellom grupper og forandringer innen undergrupper

En måte å få innsikt i forandringer i andelen med forhøyet HSCL-skåre i hele utvalget sett under ett er å studere hva som skjer innenfor undergrupper. Generelt sett er det to forhold som kan skape forandringer over tid i hele utvalget. Forandringer i forekomst av personer med psykiske problemer innenfor en eller flere undergrupper vil kunne forandre forekomsten i hele utvalget. Forandringer av de relative andelenes av undergrupper i utvalget (for eksempel forandring av

andelen menn relativt til andelen kvinner), alene eller sammen med forandringer innen undergrupper, vil også kunne føre til forandringer av forekomster i hele utvalget. Resultatene fra analysene av forandringer innenfor undergrupper er redegjort for i figurene 1 til 11. Det er klare forskjeller og statistisk signifikante forskjeller mellom personer med forhøyet HSCL-skåre sammenlignet med de som har "normal" HSCL-skåre i alle undergruppene (Tabell 3). Ikke overraskende finnes de største andelenes med forhøyet HSCL-skåre blant de som bruker antidepressiva, og de som oftest går til lege eller psykolog (figurene 9, 10 og 11). Økonomiske problemer og mestringsnivå (Figur 6 og Figur 7) er blant de som også slår ganske sterkt ut.

Forandringene over tid innenfor de forskjellige undergruppene gir et mer komplisert bilde. For kjønn, utdanningskategorier, samboerstatus, inntektsnivå og bruk av antidepressiva (figurene 1, 2, 3, 8, 11) er bildet ganske klart. Her ser man tendenser til en forholdsvis jevn nedgang i andelen med forhøyet HSCL-skåre fra undersøkelsesåret 1998 til 2005. For disse undergruppene er det heller ingen statistisk signifikant tendens til at forandringene er forskjellig innenfor de forskjellige undergruppene. Blant de som ikke er sysselsatte (jfr Figur 4), er det en klar oppgang i andelen med forhøyet HSCL-skåre fra 1998 til 2002, og en tilsvarende tendens til nedgang fra 2002 til 2005. Denne trenden er vanskelig å forklare. Kanskje skyldes det uryddigheter i datasettet. Uregelmessighetene i forandringen når det gjelder antall psykologbesøk (Figur 10) kan skyldes tilfeldige svingninger forårsaket av små tall.

Det er en bemerkelsesverdig økning i andelen med lav mestringsnivå, siden HSCL-nivået synker, og disse variablene er svært tett assosiert. Andelen med lav mestringsnivå øker både blant de med lav og høy HSCL-skåre, samtidig som andelen med høy HSCL-skåre synker både blant de med lav og høy mestringssevne. Dette forholdet bør antagelig studeres nærmere, ettersom mestringsnivå er et sentralt element i behandling av depresjon (jfr Kurs i mestringsnivå av depresjon. Dalgard OS, 2004 og 2006). Det er to variabler som oppfører seg forskjellig fra de andre i den forstand at forandringene går i motsatt retning, nemlig trim (Figur 5) og økonomiske problemer (Figur 7). Her er det en statistisk signifikant forskjell mellom tidstrendene i undergruppene.

Skjevheter i utvalget som kan påvirke tidstrenden

Et kritisk spørsmål er hvorvidt eventuelle skjevheter i utvalget varierer som funksjon av undersøkelsesår. Dersom de skjevhetene som måtte foreligge er tilnærmet de samme i alle tre undersøkelsesårene,

vil disse skjevhetene sannsynligvis ikke påvirke tidstrenden i psykisk helse i materialet. Tallene i utvalget når det gjelder andelen av de tre utdanningsgruppene (lav, middels, høy) er beheftet med usikkerheter, og må behandles med forsiktighet (se Appendiks). Under forutsetning av at de er noenlunde pålitelige, viser data (Tabell A7 i Appendiks) at andelen av høyt utdannede i utvalget øker fra 28 % i 1998 til 36 % i 2002, mens SSBs tall viser en økning fra 27% til 29%. Økningen fra 2002 til 2005 er omtrent den samme i utvalget som i befolkningen. Det er mulig at varierende grad av skjevheter i utdanningsfordelingen kan forklare noe av nedgangen i andelen med psykiske plager. Noe av forandringen i andelen med psykiske plager skyldes større forandringer i utdanningsfordelingen i utvalget enn i befolkningen, og kan dermed betraktes som et artefakt som ikke gjelder befolkningen. Men noe av endringen skyldes en reell forandring i fordelingen av utdanningsgrupper i befolkningen (se Tabell A7). Ettersom andelen av psykisk plagede henger sammen med utdanningsnivå (Figur 2), kan det se ut som mer utdanning kan ha bidratt til en nedgang i andelen av psykisk plagede i befolkningen. Andelen av menn og kvinner er i godt samsvar med befolkningen generelt. Sysselsatte er overrepresenterte i utvalget, men ettersom forandringene er de samme i utvalget som i befolkningen (Tabell A7), vil ikke dette kunne påvirke tidstrendene. Det er en vesentlig økning i andelen som trimmer regelmessig (Tabell 1b). Det finnes ikke andre data på trimvaner som HUS-tallene kan sammenlignes med. Under forutsetning av at de tallene vi har er rimelig representative for befolkningen, vil den økende andelen av personer som driver med regelmessig trim være en av faktorene som kan minske andelen av personer med psykiske plager i befolkningen.

Det totale bidraget av forandring av HSCL-skårer innen undergrupper og proporsjoner av undergrupper over tid kan undersøkes ved regresjonsanalyser (jfr Tabell 4). Forandringen i andelen av personer med forhøyet HSCL-skåre er klart statistisk signifikant dersom hele tidsrommet fra 1998 til 2005 inkluderes. Forandringene fra 1998 til 2002 er langt fra signifikant, mens forandringen fra 2002 til 2005 heller ikke er statistisk signifikant, men i nærheten. Noen variabler er målt bare i 2002 og 2005 (mestring, bruk av antidepressiva, økonomiske problemer) og vi har derfor tatt med forandringen fra 2002 til 2005 i analysene. Tallene i Tabell 4 viser at bruk av antidepressiva forklarer (i statistisk forstand) all endring fra 2002 til 2005, men det er mulig at dette er et eksempel på statistisk overkontroll all den tid bruk av antidepressiva kan være et alternativ til HSCL-instrumentet som avhengig variabel for å måle psykiske plager. Ettersom forandringene i

andelen av forhøyet HSCL mellom de to undersøkelsesårene 2002 og 2005 dessuten knapt er statistisk signifikante, bør dette ikke tillegges avgjørende vekt.

Forandringene fra 1998 til 2005 påvirkes i mer eller mindre grad av de fleste av de variablene som er inkludert i analysene. Det er imidlertid bare de to variablene regelmessig trim og fattigdom som "slår ut" tidstrenden (i den forstand at odds ratioene blir ikke-signifikante når disse variablene legges inn i analysen). Når det gjelder trimvaner er dette en kombinert effekt av forskjeller i andelen med psykiske plager mellom de som trimmer og de som ikke trimmer, samt at andelen av de som trimmer har økt vesentlig (Tabell 1b).

Et tilleggsmoment er den ulike utviklingen av gjennomsnittsskåre (mean) og medianskåre fra 2002 til 2005. Dette kan skyldes at nedgangen i HSCL-25 skåre i alt overveiende grad har skjedd i gruppen med skåre over medianverdi, noe som kan tyde på et økende selektivt frafall fra 2002 til 2005.

Andre potensielt viktige faktorer som vi ikke har målt

Det er imidlertid mange viktige faktorer som vi ikke har informasjon om over tid i dette datasettet. Dette gjelder f. eks forhold i oppvekst, arbeid, samliv og sosialt nettverk. Dersom slike "ikke-målte" faktorer har nær sammenheng med f. eks trim eller fattigdom, kan dette være underliggende årsaker selv om regresjonsanalysene viser at endringene i HSCL fra 1998 til 2005 kan forklares av endringer i trimvaner og fattigdom. Vi har heller ikke informasjon om forhold som har med genetisk arv å gjøre, men selv om arv har stor betydning for individuell sykdom og sårbarhet er det neppe viktig for prevalensendringer i befolkningen over en såpass kort tidsperiode.

Konklusjon

De generelle prevalenstillene for psykiske plager (HSCL-skåre > 1.75) som er observert i materialet er sannsynligvis for lave. Det er også grunn til å mane til forsiktighet med å godta at de forandringene i andelen med forhøyet HSCL-skåre utelukkende representerer en reell forandring i befolkningen. Det er fullt mulig at en del av eller til og med hele forandringen skyldes selektivt frafall over tid. For å kunne trekke sikre konklusjoner om utviklingen i befolkningens psykiske helse, trenger vi regelmessige befolkningsrepresentative helseundersøkelser med høy svarprosent. Slik som utviklingen i svarprosenten har vært for den postale delen av helseundersøkelsene, er dataene ikke egnet til å framskaffe sammenlignbare prevalenstill over tid.

I løpet av de 10 årene som er gått siden Opptrappingsplanen for psykisk helse ble etablert (1998), er det investert betydelige ressurser for å bedre tjenestetilbudet til mennesker med psykiske lidelser. Vi fikk

imidlertid ikke på plass noe overvåkingssystem som har gjort det mulig å evaluere effekten av investeringene underveis eller i etterkant. Hvis regjeringen nå skal legge større vekt på å utvikle et bedre helseovervåkingssystem med mål og indikatorer som skal gjøre det mulig å følge utviklingen i sektoren som nevnt i St. prp. Nr 1, 2007-2008, må Norge få på plass nasjonale helseundersøkelser, i regi av helsemyndighetene, der man legger ned mer ressurser i å innhente gode befolkningsrepresentative data. Hvis helsemyndighetene selv tok kontroll over datainnsamlingen, kunne vi måle både psykiatriske diagnoser og selvrapporterte psykiske plager, som her målt, og studere utviklingen av ulike helsemål i forhold til endringer i miljøforhold og behandlingsskapitet.

Referanser

Bjelland I, Krokstad S, Mykletun A, Dahl AA, Tell GS, Tambs K. Does a higher educational level protect against anxiety and depression? The HUNT study* *Social Science & Medicine* 66 (2008) 1334-1345

Camacho TC, Roberts RE, Lazarus NB, Kaplan GA, Cohen RD. Physical activity and depression: evidence from the Alameda County Study. *Am J Epidemiol* 1991; 134:220-31

Cramp F, Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *The Cochrane Library* 2008; Issue 2. Les hele artikkelen i *Cochrane Library* (gratis tilgang via www.cochrane.no).

Claussen B. Deprived of work and health. Research report 1. Oslo:Folkehelsa 1994.

Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the Prevalence of Major Depression and Comorbid Substance Use Disorders in the United States Between 1991-1992 and 2001-2002. *Am J Psychiatry* 2006; 163:2141-2147.

Dalgard, OS. Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2004; 124: 3043-6.

Dalgard, OS. A randomized controlled trial of a psychoeducational group program for unipolar depression in adults in Norway (NCT00319540). *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health* 2006; 2:15

Dalgard OS, Bjørk S og Tambs K. Social support, negative life events and mental health – a longitudinal study. *British Journal of Psychiatry* 1995;166:29-35.

Dalgard OS, Sørensen T, Sandanger I, Brevik JI. Psychiatric interventions for prevention of mental health disorders. A psychosocial perspective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care* 1996;12:604-617.

Dalgard OS. Social integration and mental health promotion. *International Journal of mental Health Promotion* 1999;1:32-36.

Dalgard OS, Thapa SB, Hauff E, McCubbin M, Syed HS. Immigration, psychosocial variables and psychological distress. *Scand J Psychology*. 2006; 47:551-558.

Dohrenwend BP. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1990;25:41-47.

Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE et. Al. Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue. *Science* 1992;255:946-952

Derogatis LR, Lipman RS, Rickels K, Uhlenhuth EH, Covi L. The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-report symptom inventory. *Behavioral Science* 1974 Jan; 19(1):1-15.

Derogatis LR, Richels K, Rock AF. The SCL-90-R and the MMPI: A step in the validation of a new self-report scale. *British Journal of Psychiatry* 1976;128:280-289.

European Communities, 2004. The State of Mental Health in the European Union. (<http://europa.eu.int>)

Farmer ME, Locker BZ, Moscicki EK, Dannenberg AL, Larson DB, Radloff LS. Physical activity and depression symptoms: the NHANESI epidemiological follow-up study. *Am J Epidemiol* 1998;128:1340-51

Gjesdal S, Haug K, Ringdal PR, Vollset SE, Maeland JG. Risiko for uforepensjonering blant unge langtids-sykemeldte. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*. 125(13):1801-5, 2005 Jun 30.

Glass RM, Allan AT, Uhlenhuth EH et al. Psychiatric screening in a medical clinic. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35:1189-1195.

Hansen V, Jacobsen BK, Arnesen E. Prevalence of serious psychiatric morbidity in attenders and non-attenders to a health survey of a general population: the Tromsø Health Study. *Am J of Epidemiol* 2001 Nov 15;154 (10):891-4.

- Isometsa ET, Katila H, Aro T. Disability pension for major depression in Finland. *AmJPsychiatry*. 2000;157(11):1869-72.
- Kessler RC, Demler O, Frank RG, Olfson M, Pincus HA, Walters EE, et al. Prevalence and treatment of mental disorders, 1990 to 2003. *New England Journal of Medicine*. 2005;352(24):2515-23.
- Korkeila JA, Lehtinen V, Bijl RV, Dalgard OS, et al. Establishing a set of mental health indicators for Europe. *Scand J Public Health* 2003;31:1-8.
- Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry*. 2001 JUL;158(7):1091-8.
- Lavik NJ, Laake P, Hauff E, Solberg Ø. The use of self-reports in psychiatric studies of traumatized refugees: Validation and analysis of HSCL-25. *Nord J Psychiatry* 1999; 1: 53-58.
- Machenback JP, Kunst AE, Cavelaars EJM, Groenhof F, Geurts JJM. The EU Working group on Socioeconomic inequalities in health. Socioeconomic inequalities in morbidity and mortality in western Europe. *Lancet* 1997; 349:1655-59.
- Martinsen EW, Medhus A, Sandvik L. Effects of aerobic exercise on depression: a controlled study. *BMJ* 1985; 291:109.
- Murphy JM, Laird NM, Monsen RR, Sobol AM, Leighton AH: A 40-year perspective on the prevalence of depression. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:209-215.
- Mykletun A, Overland S, Dahl AA, Krokstad S, Bjerkeset O, Glozier N, et al. A Population-Based Cohort Study of the Effect of Common Mental Disorders on Disability Pension Awards. *American Journal of Psychiatry*. 2006 August 1, 2006;163(8):1412-8.
- Mykletun A, Bjerkeset O, Dewey M, Prince M, Overland S, Stewart R. Anxiety, Depression, and Cause-Specific Mortality: The HUNT Study. *Psychosomatic Medicine*. 2007; 69:000-000.
- Murphy, J.M.(1995). What happens to depressed men? *Harvard Review of Psychiatry*; 3:47-49
- Nettelbladt P, Hansson L, Stefansson CG, Borquist L, Nordstrom G. Test Characteristics of The Hopkins Symptom Check List-25 (HSCL-25) in Sweden, Using the Present State Examination (PSE-9) as a Caseness Criterion. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* jul 1993; 3 (28):130-133.
- Nilsson, E., Bogren, M., Mattisson, C., Nettebladt, P. (2007). Point prevalence of neurosis in the Lundby Study 1947-1997. *Nord J Psychiatry*; 61:33-39.
- Næss Ø, Rognerud M, Strand BH. Sosial ulikhet i helse. En faktarapport. Oslo. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Rapport 2007:1.
- Olsen H. Trygdestatistisk årbok 2005 [Annual report 2005]. Oslo: Rikstrygdeverket; 2005.
- Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behaviour in patients with anxiety disorder and depression. *Acta psychiatrica Scandinavica*. 2005;111(1):51-8.
- Stansfield S. Social support and social cohesion, in *Social Determinates of Health*. Marmot M and Wilkinson R, editors. Oxford:University Press 1999.
- Stansfeld SA, Head J, Marmot MG. Explaining social class differences in depression and well-being. *Soc Psychiatr Epidemiol* 1998;33;1-9
- Sexton H, Sjøgaard AJ, Olstad R.. How are mood and exercise related? Results from the Finnmark study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2001;36: 348-353.
- Sandanger I, Moum T, Ingebrigtsen G, Dalgard OS, Sørensen T, Bruusgaard D. Concordance between symptom screening and diagnostic procedure: the Hopkins Symptom Checklist-25 and the Composite International Diagnostic Interview I. *Soc.Psychiatry Psychiatr Epidemiology* 1998;33: 345-354.
- Sandanger, I. Occurrence of psychiatric disorders - an epidemiological study, conceptual, methodological, and empirical issues. Oslo: Institute of general practice and community medicine, University of Oslo and Institute group of psychiatry, University of Oslo 1999.
- Sandanger, I., Nygård, J.F., Sørensen, T., Dalgard, O.S., (2006). Return of the depressed men: Changes in distribution of depression and symptom cases in Norway between 1990 and 2001. *Journal of Affective Disorders* 100:153-162.
- Sosialstyrelsen 2005. Folkhelsorapport. Epidemiologisk center, Stockholm.
- Strøm S, Wennemo T, Aaberge R. Inntektsulikhet i Norge 1970-1990. SSB Rapport 3/17. Oslo – Kongsvinger: Statistisk sentralbyrå 1993.

Bruk av helsetjenester og bosted

Tabell A1 og A2 viser at folk som bor på landsbygda går mer til lege, mens de som bor i (store) byer går signifikant mer til psykolog, noe som trolig reflekterer det faktum at det er mange flere psykologer i byene enn på landsbygda. Man benytter det tilbudet som er tilgjengelig der man bor. Tabell A4 avslører likevel at en stor del av forskjellen mellom by og land når det gjelder besøk hos psykolog likevel er en ren "Oslo-effekt", selv om antall besøk hos psykolog per innbygger faktisk var enda høyere i Bergen enn i Oslo

i 2005, og selv om antall legebesøk per innbygger faktisk jevnt over er høyere i Oslo enn i de andre storbyene (tabell A3). Dersom man ser på antall besøk hos psykolog per innbygger etter helseregion for 2002 og 2005 (tabell A6) ser man at helseregion øst ligger høyere enn de andre regionene, noe som trolig også skyldes en Oslo-effekt. Unntaket er helseregion nord, der antall besøk per innbygger hos psykolog var høyere enn i region øst i 2005. Når det gjelder antall legebesøk etter helseregion (tabell A5) er det vanskelig å se noen trender/forskjeller i det hele tatt.

Tabell A1: Antall legebesøk per 100 innbygger siste år etter bostedsstørrelse og år for 2002 og 2005.

	Landsbygd	Småby	Storby
2002	314	293	272
2005	307	294	287

Tabell A2: Antall besøk hos psykolog per 100 innbygger siste år etter bostedsstørrelse og år for 2002 og 2005.

	Landsbygd	Småby	Storby
2002	18	33	52
2005	18	37	56

Tabell A3: Antall legebesøk per 100 innbygger siste år i storbyene for 2002 og 2005.

	Oslo	Stavanger	Bergen	Trondheim
2002	276	294	228	288
2005	306	270	266	264

Tabell A4: Antall besøk hos psykolog per 100 innbygger siste år i storbyene for 2002 og 2005.

	Oslo	Stavanger	Bergen	Trondheim
2002	79	16	32	29
2005	63	27	71	30

Tabell A5: Antall legebesøk per 100 innbygger siste år i helseregionene for 2002 og 2005

	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord
2002	297	308	265	300	316
2005	309	277	291	314	267

Tabell A6: Antall besøk hos psykolog per 100 innbygger siste år i helseregionene for 2002 og 2005

	Øst	Sør	Vest	Midt	Nord
2002	49	27	25	22	16
2005	40	23	32	31	54

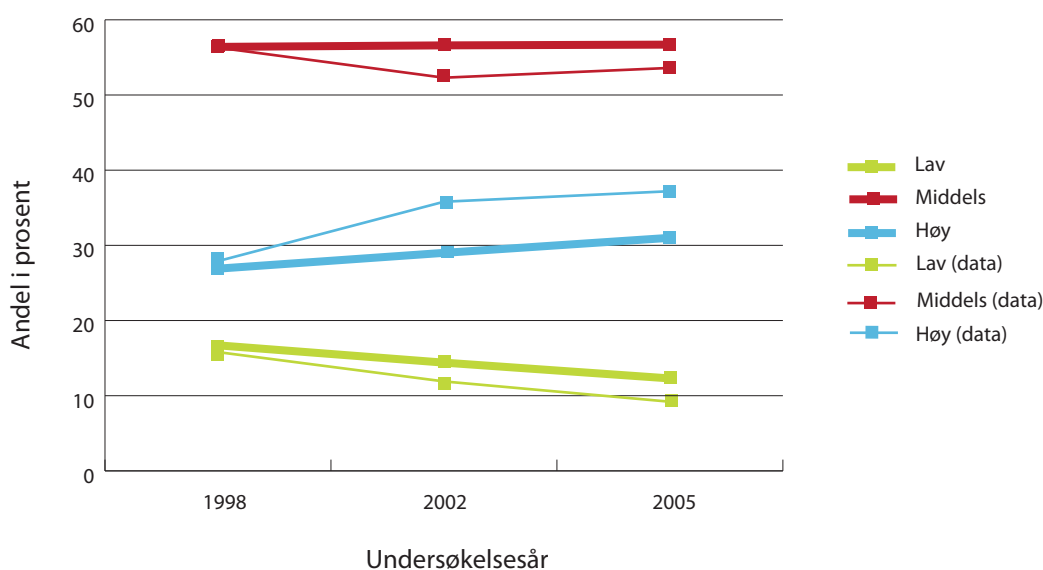
Er materialet representativt for befolkningen?

For å sjekke om materialet er representativt, har vi studert hvordan det fordeler seg med hensyn på ulike variabler, og sammenlignet med reelle tall for befolkningen, hentet fra SSB. De variablene vi har sett på er utdanning, alder, kjønn, bosetning, sysselsetting, samt innleggelse på sykehus for psykiatriske lidelser.

Fordelingen på de ulike utdanningskategoriene er mer stabil i befolkningen enn i datamaterialet (figur 13). For 2002 og 2005 er det kun snakk om en liten systematisk overrepresentasjon på noen få prosentpoeng for gruppen høyt utdannede, mens i 1998 er andelen med høy utdanning mye lavere i materialet enn i befolkningen, mens andelen middels utdannede tilsvarende større. Ved nærmere undersøkelse av datamaterialet er det mye som tyder på at mange personer som i 1998 har havnet i kategorien "middels utdannet", egentlig

skulle vært i kategorien "høyt utdannet". Mer spesifikt er disse personene plassert på utdanningsnivå 5 etter SSBs definisjon – universitet/høyskole på nivå 1 (lavere grad) – et nivå som defineres som middels utdannet, mens de i virkeligheten burde vært klassifisert på ett nivå høyere.

Dette problemet har vi forsøkt å omgå ved å flytte alle som hører til utdanningsnivå 5 etter SSBs definisjon over i kategorien "høyt utdannet". Men siden det i 2002 og 2005 er om lag 200 personer på utdanningsnivå 5, betyr dette at vi flytter for mange personer over i gruppen høyt utdannede. Trolig er det også noen av disse som opprinnelig havnet i riktig kategori også i 1998. Dette betyr at vi overestimerer antall høyt utdannede, selv om dette kan forsvares forutsatt at overestimert er det samme over tid. Figuren nedenfor antyder at dette kanskje ikke helt er tilfelle, når man sammenligner med de offisielle tallene.



Figur 13: Utdanningsfordeling i alder 25-64 år etter undersøkelsesår, for befolkningen (hentet fra SSBs statistikkbank, tykke linjer), og fra datamaterialet (tynne linjer).

Tabell A7: Justert utdanningsfordeling, på lav, middels og høy utdanning i materialet sammenlignet med offisiell statistikk, i alder 25-64 år.

		1998	2002	2005
Offisiell statistikk	Lav	16,7%	14,4%	12,3%
	Middels	56,4%	56,6%	56,7%
	Høy	26,9%	29,0%	31,0%
Materialet	Lav	15,8%	11,9%	9,2%
	Middels	56,3%	52,3%	53,6%
	Høy	27,9%	35,8%	37,2%

Vi ser fra tabell A8 at den yngre aldersgruppen (25-44år) er svakt underrepresentert i materialet i forhold til befolkningen i både 2002 og 2005. Dette er konsistent med at gjennomsnittsalderen i materialet

øker, og at det økte frafallet har vært størst i de yngre aldersgruppene. Siden et slik frafall ikke kunne observeres i 1998, kan observerte trender muligens delvis kunne forklares med en slik vridning i materialet.

Tabell A8: Forholdet mellom aldersgruppe 25-44 og 45-64 i materialet og i offisiell statistikk.

	1998	2002	2005
Offisiell statistikk	1,35	1,23	1,15
Materialet	1,35	1,12	1,09

Tabell A9 viser at menn er underrepresentert i forhold til befolkningen i både 1998 og 2005, og svakt overrepresentert i 2002. Det er ingen underliggende trend her, og avvikene er små. Det er derfor vanskelig å tenke

seg at en selektiv endring i kjønnsfordeling skal kunne føre til eventuelle trender i materialet, eller eventuelle signifikante forskjeller mellom materialet og reelle tall.

Tabell A9: Kjønnsforholdet i materialet sammenlignet med offisiell statistikk, i alder 25-64 år.

	1998	2002	2005
Offisiell statistikk	1,032	1,031	1,028
Materialet	1,012	1,037	1,008

Tabell A10 viser at økningen av andelen bosatt i tettbygd strøk er sterkere i datamaterialet enn i befolkningen, selv om forskjellene er ganske små. Det er

mulig at dette kan bidra til ulike trender i materialet for øvrig, men bidragene er i så fall trolig relativt små.

Tabell A10: Andelen bosatt i tettbygd strøk i materialet sammenlignet med offisiell statistikk i 2002 og 2005, i alder 25-64 år.

	2002	2005
Offisiell statistikk	77,3%	77,6%
Materialet	76,4%	78,9%

Tabell A11 viser at sysselsettingstallene er stabile over tid i både datamaterialet og i befolkningen. Vi ser også at andelen sysselsatte er systematisk overrepresentert i datamaterialet, men overrepresentasjonen er nesten

konstant, på om lag 5-6 prosentpoeng. Det er derfor lite trolig at dette skal kunne føre til noen trender i andre variable.

Tabell A11: Andelen som vanligvis er sysselsatt i materialet sammenlignet med offisiell statistikk i 2002 og 2005, i alder 25-64 år.

	2002	2005
Offisiell statistikk	78,2%	77,9%
Materialet	84,1%	83,1%

Tabell A12 antyder at andelen som har vært innlagt på sykehus for psykiatriske lidelser er noe lavere i materialet enn i befolkningen. Det er med andre ord en liten men systematisk underrepresentasjon. Men som vi ser øker ikke underrepresentasjonen, den faller snarere fra 2002 til 2005. Det må understrekes at antallet personer

som har vært innlagt for psykiatriske lidelser i materialet er relativt lavt – i størrelsesklasse 30 personer i både 2002 og 2005 – og dette gjør tallene noe usikre. Men uansett er det lite som tyder på at frafallet er større i 2005 enn i 2002 i forhold til psykiske lidelser.

Tabell A12: Andelen som har vært innlagt på sykehus for psykiatriske lidelser i materialet sammenlignet med reelle tall (hentet fra Norsk pasientregister, NPR) i 2002 og 2005, i alder 25-64 år.

	2002	2005
Reelle tall	0,58%	0,65%
Materialet	0,41%	0,58%

